

EUROS@P

N° 7 • Mai 2006

BUREAU DE DÉPÔT : BRUXELLES X
ÉDITEUR RESPONSABLE : Dr VAN CAMPENHOUDT
A.S.B.L. CLINIQUES DE L'EUROPE
AVENUE DE FRÉ 206 - 1180 BRUXELLES

LE MAGAZINE DES CLINIQUES DE L'EUROPE



**DANS CE NUMÉRO :
LE TABAC**



2 Alice
St-Michel
St-Elisabeth



Site Ste-Elisabeth



Site St-Michel



Site 2 Alice

réintégrer sa tribu, vite !



Lundbeck



SiprallexaTM
escitalopram

puissant, rapide et sélectif

DÉNOMINATION : Siprallexa[®] 10 mg, comprimés enrobés. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :** Escitalopram 10 mg (sous forme d'oxalate). **INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :** Traitement des épisodes dépressifs majeurs. Traitement du trouble panique avec ou sans agoraphobie. Traitement du trouble anxieux sociale (phobie sociale). **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :** La sécurité des doses de plus de 20 mg par jour n'a pas été démontrée. Le Siprallexa[®] est administré en une seule prise journalière et peut être pris avec ou sans nourriture. - **Episodes dépressifs majeurs :** la posologie usuelle est de 10 mg par jour. En fonction de la réponse clinique individuelle, une augmentation pourra se faire jusqu'à 20 mg par jour, dose maximale. Généralement, l'effet antidépresseur est obtenu après 2 à 4 semaines de traitement. Après disparition des symptômes, un traitement d'au moins 6 mois est nécessaire pour la consolidation de la réponse. - **Trouble panique avec ou sans agoraphobie :** une posologie initiale de 5 mg par jour est recommandée au cours de la première semaine de traitement avant d'être augmentée à 10 mg par jour. En fonction de la réponse thérapeutique du patient, la posologie pourra être augmentée jusqu'à un maximum de 20 mg par jour. L'efficacité maximale est atteinte après environ 3 mois de traitement. Le traitement dure plusieurs mois. - **Trouble anxieux sociale :** La posologie usuelle est de 10 mg par jour en prise unique. Généralement, un soulagement des symptômes est obtenu après 2-4 semaines de traitement. En fonction de la réponse thérapeutique du patient, la posologie pourra ensuite être diminuée jusqu'à 5 mg ou augmentée jusqu'à un maximum de 20 mg par jour. Le trouble anxieux sociale est une maladie chronique ; un traitement de 12 semaines est recommandé pour consolider la réponse thérapeutique. Le traitement à long terme des patients répondeurs a été étudié durant 6 mois et peut être envisagé pour chaque patient individuellement, afin d'éviter les rechutes. Les bénéfices du traitement devraient être réévalués à intervalles réguliers. Le trouble anxieux sociale est un trouble spécifique bien défini qui ne doit pas être confondu avec une timidité excessive. La pharmacothérapie est uniquement indiquée lorsque le trouble perturbe les activités professionnelles et sociales de manière significative. La place de ce traitement, comparée à la thérapie cognitivo-comportementale, n'a pas été évaluée. La pharmacothérapie fait partie d'une

stratégie thérapeutique globale. - Chez les personnes âgées (>65 ans) : une posologie initiale correspondant à la moitié de la posologie usuelle recommandée et une diminution de la posologie maximale devront être envisagées. L'efficacité du Siprallexa dans le trouble anxieux sociale n'a pas été étudiée pour cette population. - Chez l'enfant et l'adolescent (< 18 ans) : pas recommandé car l'efficacité et la sécurité n'ont pas été étudiées pour ces populations. - Chez l'insuffisant rénal : aucune précaution particulière n'est à observer en cas d'insuffisance rénale légère ou modérée. La prudence est recommandée chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère (CLcr inférieure à 30 ml/min.). - Chez l'insuffisant hépatique : une posologie initiale de 5 mg par jour est recommandée pendant les deux premières semaines de traitement. En fonction de la réponse thérapeutique du patient, la posologie pourra être augmentée à 10 mg par jour. - Chez les métaboliseurs lents CYP2C19 : chez les patients connus comme étant des métaboliseurs lents du fait de l'isoenzyme CYP2C19, une posologie initiale de 5 mg par jour est recommandée pendant les deux premières semaines de traitement. En fonction de la réponse thérapeutique du patient, la posologie pourra être augmentée à 10 mg par jour. - Arrêt du traitement : lors de l'arrêt du traitement par Siprallexa[®], la posologie sera réduite progressivement pendant une à deux semaines afin d'éviter d'éventuelles réactions de sevrage. **CONTRE-INDICATIONS :** Hypersensibilité au escitalopram ou à l'un des excipients. Traitement concomitant avec un inhibiteur MAO irréversible, non-sélectif. **EFFETS INDESIRABLES :** Les effets indésirables sont surtout notés durant la première ou la seconde semaine du traitement et s'estompent, en général, par la suite en intensité et en fréquence. Après une période d'administration prolongée d'ISRS, l'arrêt brutal du traitement peut être à l'origine de symptômes de sevrage chez certains patients. Malgré ces éventuelles réactions de sevrage à l'arrêt du traitement, les données précliniques et cliniques n'ont pas mis en évidence de phénomène de dépendance avec les ISRS. Des symptômes de sevrage (vertiges, céphalées et nausées) ont été observés chez certains patients après un arrêt brutal du traitement avec le escitalopram. La plupart des symptômes sont légers et passagers. Afin d'éviter des réactions de sevrage, l'arrêt du traitement doit se faire progressivement sur 1-2 semaines. Les effets indésirables suivants ont été retrouvés plus fréquemment avec le

escitalopram qu'avec le placebo dans des études contrôlées menées en double aveugle. Les fréquences n'ont pas été corrigées comparativement au placebo. **Troubles du métabolisme et de la nutrition :** Fréquent (>1/100, <1/10) - Diminution de l'appétit. **Troubles psychiatriques :** Fréquent (>1/100, <1/10) - Baisse de la libido, anorgasmie (chez la femme). **Troubles du système nerveux :** Fréquent (>1/100, <1/10) - Insomnie, somnolence, vertige ; Peu fréquent (>1/1000, <1/100) - Troubles du goût, troubles du sommeil. **Troubles respiratoires, thoraciques et médiastinaux :** Fréquent (>1/100, <1/10) - Sinusite, bâillements. **Troubles gastro-intestinaux :** Très fréquent (>1/10) - Nausées ; Fréquent (>1/100, <1/10) - Diarrhée, constipation. **Troubles cutanés et des tissus sous-cutanés :** Fréquent (>1/100, <1/10) - Hypersudation. **Troubles des organes de reproduction et des seins :** Fréquent (>1/100, <1/10) - Troubles de l'éjaculation, impuissance. **Troubles généraux et accidents liés au site d'administration :** Fréquent (>1/100, <1/10) - Asthénie, fièvre. Ont été décrits pour la classe thérapeutique des ISRS, les troubles suivants : - **Troubles cardio-vasculaires :** hypotension orthostatique. - **Troubles du métabolisme et de la nutrition :** hyponatrémie, sécrétion inappropriée d'ADH. - **Troubles oculaires :** trouble de la vision. - **Troubles gastro-intestinaux :** nausées, vomissements, sécheresse buccale, diarrhée, anorexie. - **Troubles généraux :** insomnie, vertiges, fatigue, somnolence, réactions anaphylactiques. - **Troubles hépato-biliaires :** perturbation des tests hépatiques. - **Troubles musculosquelettiques :** arthralgie, myalgie. - **Troubles neurologiques :** convulsions, tremblements, mouvements anormaux, syndrome sérotoninergique. - **Troubles psychiatriques :** hallucinations, manie, confusion, agitation, anxiété, dépersonnalisation, attaques de panique, nervosité. - **Troubles rénaux et urinaires :** rétention urinaire. - **Troubles des organes de reproduction :** galactorrhée, troubles sexuels dont impuissance, troubles de l'éjaculation et anorgasmie. - **Troubles cutanés :** rash, ecchymoses, prurit, angioedèmes, hypersudation. **MODE DE DELIVRANCE :** sur prescription médicale. **DATE DE 1^{re} AUTORISATION :** Le 29 juillet 2002. **NUMÉRO D'ENREGISTREMENT :** 7004 IE 10 F3 TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ/FABRICANT : H. Lundbeck A/S, Ottilavej 9, DK-2500 Copenhague - Valby, Danemark. **REPRESENTANT LOCAL / IMPORTATEUR :** Lundbeck nv/ sa, avenue Molière 225, B-1050 Bruxelles.

SOMMAIRE

EDITO

E. NEWS

- Nouveaux collaborateurs
- Soins palliatifs : collaboration inter-sites
- Bati-News : chroniques de construction
- CT Colonographie
- Mash pour un crash
- MEDICARE : Service d'Investigations Médicales
- Un village vert pour les seniors
- Réadaptation cardiaque
- Le calcul du GFR
- Award de la mobilité

DOSSIER : TABAC

- Aborder la problématique en médecine générale
- Asthme et tabac
- Tabac et BPCO
- Embolie pulmonaire : à propos d'un cas
- Complications neurologiques du tabagisme
- Tabac et cancers
- Grossesse et tabac : un cocktail délétère
- Cotinine urinaire

Dr Pierre Nys
Dr Philippe Gris
Dr Roger Kessler
Dr Thierry Van Vyve
Dr Isabelle Capron
Dr Bart Vandersmissen
Dr Dominique Verhulst
Dr Pierre Nys
Dr Brigitte Claeys

A QUOI SERT CETTE TECHNIQUE ?

- Les épreuves fonctionnelles respiratoires

M. Abdel Kasmi
Dr Ronny Roelants
Dr Roger Kessler
Dr Baret Sivacyan

IN ELECTRO VERITAS

COUP DE CŒUR

- La Fondation MIMI
- Tokyo : une cigarette bien onéreuse !

BILLET D'HUMEUR D'EUMENEGUYL

EVENEMENTS

- Symposium de chirurgie
- Ateliers de radiologie
- 11^{èmes} ATELIERS DE CARDIOLOGIE du 18 mars 2006
- Une invitation audacieuse de St-Michel

DANS LE PROCHAIN NUMERO

- L'obésité

04

05

05

06

08

10

11

12

13

14

15

16

16

18

20

22

24

25

26

27

28

28

30

32

32

34

35

36

36

37

38

39

39

39

39

39

39

39

39

39

39

39

39

39

39

EDITEUR RESPONSABLE

Dr Marc Van Campenhoudt

RÉDACTEURS EN CHEF

Dr Roxane Audistère

Dr Pierre Nys

COORDINATION

Chantal Dekempeneer

Delphine Castelain

COMITÉ DE LECTURE

Dr Gaëtane Boon

Dr Frank De Wolf

Dr Leopold Ghijselings

Dr Frédéric Haven

Dr Daniel Hublet

Dr Carl Salembier

Dr Charles Scheid

Dr Jean-Marie van Caster

Dr Frederike Van Raemdonck

Dr Guy Vielle

Dr Gaëtan Willemart

GRAPHISME & IMPRESSION

Maca-Cloetens

Illustrations : P. Maka

ADRESSE DE RÉDACTION

Euroscop

Site Ste-Elisabeth

Avenue De Fré 206

1180 Bruxelles

Tél. : 02/373.16.89

Fax : 02/373.18.96

E-mail : euroscop@cliniquesdeleurope.be

Magazine réservé au corps médical.

Les médecins qui ne reçoivent pas

Euroscop et qui sont intéressés peuvent
prendre contact avec la rédaction.

Le contenu des articles n'engage que la responsabilité
de leur(s) auteur(s).
Tous droits réservés, y compris la traduction.



Ste-Elisabeth

Avenue De Fré 206, 1180 Bruxelles
Tél. : 02/373.16.11 - Fax : 02/373.18.96

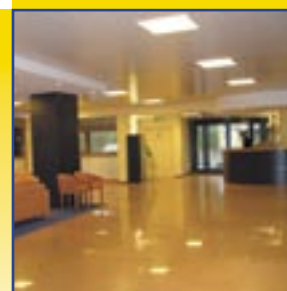
Urgences 24h/24 - Tél. : 02/373.16.00



St-Michel

Rue de Linthout 150, 1040 Bruxelles
Tél. : 02/737.80.00 - Fax : 02/737.80.01

Urgences 24h/24 - Tél. : 02/737.89.00



2 Alice

Groeselenberg 57, 1180 Bruxelles
Tél. : 02/373.45.11 - Fax : 02/373.46.86



« C'est arrivé près de chez nous ! »

Depuis le 1^{er} janvier, il est désormais interdit de fumer dans la plupart des lieux publics de notre pays. Une initiative fédérale et un grand pas pour l'humanité !

Hélas, ces mesures ne sont pas encore en vigueur partout. En témoigne un dimanche bleuté dans une salle de bowling, remplie d'enfants fêtant un de leurs camarades et de parents... fumeurs... semblant peu soucieux de préserver le capital santé de leurs chérubins...

Heureusement, pour les femmes enceintes, cette distraction se fait rare ! Raison supplémentaire pour les inciter à profiter de notre « première mondiale belge », ainsi nommée par le Professeur Bartsch, président du FARES (fonds des affections respiratoires).

L'INAMI assure dorénavant la prise en charge forfaitaire d'un programme d'aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte et son partenaire. Cet accompagnement spécifique est réparti sur 8 consultations assurées par un professionnel de la santé spécialisé et reconnu dans le domaine du tabagisme. La démarche aborde les trois facettes de cette assuétude, physique, psychologique et comportementale. Et parce qu'une telle décision est bénéfique pour toute la famille, ce programme y inclut le compagnon qui bénéficie lui aussi du remboursement forfaitaire des séances d'accompagnement s'il décide d'arrêter en même temps que sa partenaire.

Au cœur de cette information, les cliniques de l'Europe vous proposent les réflexions de divers intervenants réunis autour de cette problématique. Cette approche pluridisciplinaire illustre à nouveau les bénéfices d'un travail en équipe, tant pour l'individu que pour la santé publique.

Gageons que, chez nous, l'union fera longtemps encore la force !

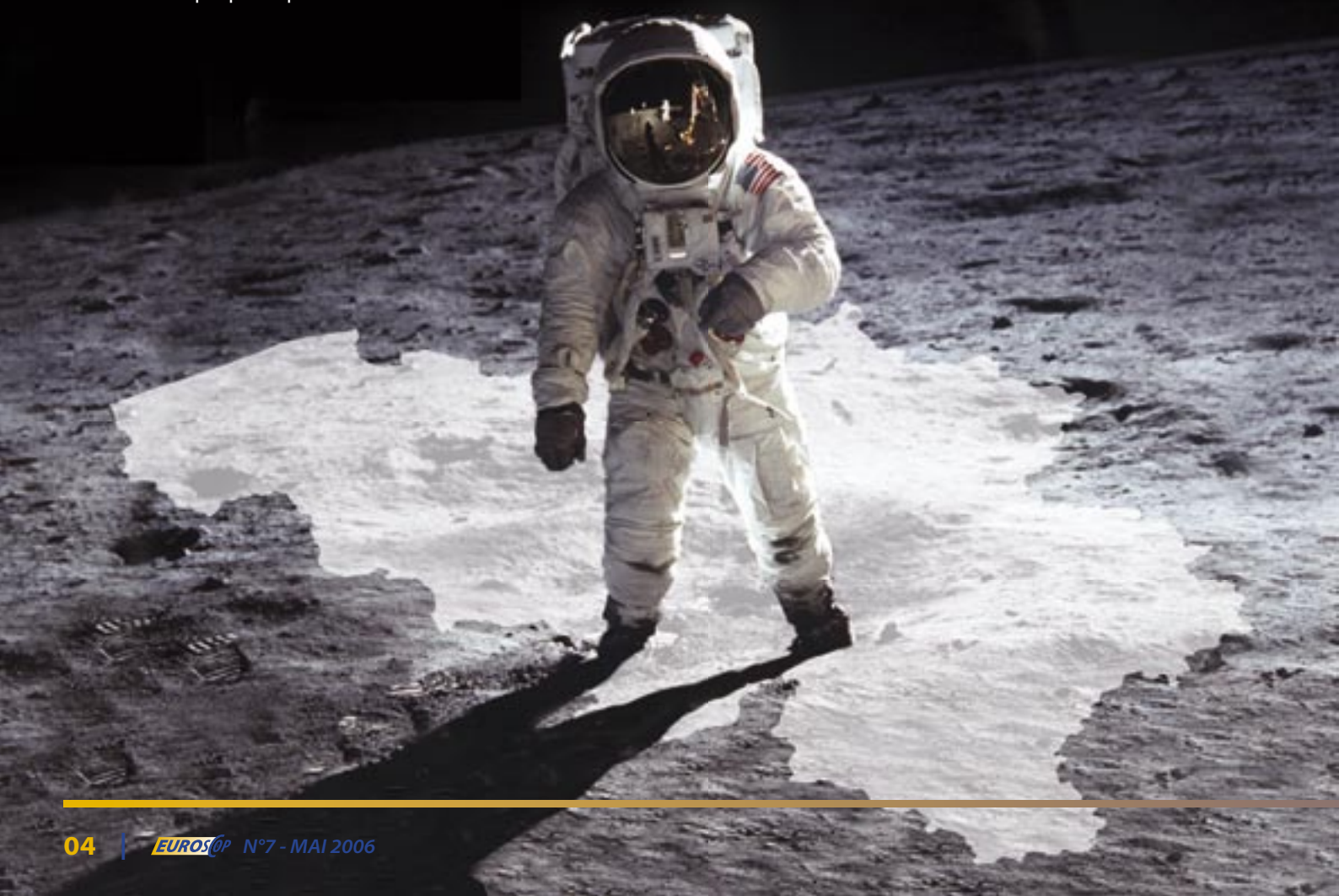
Dr Pierre Nys
Rédacteur en Chef

Dr Roxane Audistère
Rédacteur en Chef

Dr Marc Van Campenhoudt
Aministrateur - délégué
Directeur Médical

Dr Myriam De Bie
Aministrateur - délégué
Directeur Général

A la recherche
de plus amples renseignements,
surfez sur le site
www.grossessesanstabac.be
ou
adressez vous à la ligne Tabac-Stop :
0800/111 00.



Les nouveaux collaborateurs



Médecine Interne

Dr Laurent Ramoisiaux
UCL 2003
Site St-Michel

Tropisme : maladies digestives inflammatoires, oncologie digestive



Medicare

Dr Frédéric Van Averbek
UCL 1995
Site 2 Alice

Tropisme : bilans de santé



Médecine Interne

Dr Luca Leone
UCL 2004
Site Ste-Elisabeth

Tropisme : maladies infectieuses



Soins intensifs

Dr Walter Verbrugghe
UCL 2005
Site Ste-Elisabeth

Tropisme : insuffisance rénale aiguë chez le patient en état critique



Gynécologie

Dr Frédéric Grandjean
UCL 2005
Site St-Michel

Tropisme : laparoscopie, hystérocopie



Soins intensifs

Dr Didier Clause
UCL 2005
Site St-Michel

Tropisme : infections nosocomiales, stratégie antibiotique



RCM

Dr Christina Radulescu
ULG 2003
Site St-Michel

Tropisme : épidémiologie, santé publique



Gériatrie

Dr Marc Leonard
UCL 1999
Site 2 Alice

Tropisme : bilans de chute

Soins palliatifs

collaboration active inter-sites :

2 Alice – Ste-Elisabeth

Depuis le 1^{er} novembre 2005, l'équipe palliative des 2 Alice se tient à la disposition des médecins qui travaillent sur le site Ste-Elisabeth pour tout problème médical ou psychologique concernant des patients en fin de vie : gestion des symptômes et en particulier de la douleur, soutien psychologique des malades et de leur famille, prise de contact systématique avant un transfert en unité,...

Le Docteur Michel Stroobant en assume la responsabilité avec l'aide de ses trois collaboratrices, les Docteurs Haba, Tassignon et Cogniaux.
Le psychologue du service les seconde en cas de nécessité.

Bati-News

Chroniques de construction



Ste-Elisabeth : Soucis et sourires... de souris !

Euménéguyl revenue dans nos murs, séduite par ce nouvel édifice en construction, voici l'occasion rêvée pour dresser l'inventaire de son fromage, dont les trous ont réservé maintes surprises à nos grands « architectes-bâtisseurs » !

En route pour ce « périple au cœur d'un emmental.

Pour construire de manière salubre, il est impératif de procéder à des analyses de sol.

Première surprise néfaste... La terre était contaminée par toutes sortes de substances peu recommandables pour un sous-sol d'hôpital... Il a fallu creuser, transporter, évacuer des tonnes de terre vers une lointaine décharge... Songez au coût de l'intervention... heureusement pris en charge par le ministère, critères d'imprévisibilité obligent...

Ouf ! Tout le monde était fin prêt pour entamer la deuxième phase : le sondage de ce sol tout propre, afin d'en évaluer la stabilité. Des trous avaient bien été décrits en 1956, mais ces informations avaient été reléguées « aux oubliettes », la construction du nouveau Ste-E n'ayant posé aucun problème particulier.

Mais ce nouvel édifice nécessite des fondations plus profondes, en raison de la construction de parkings souterrains...

Quelle ne fut pas notre stupéfaction de découvrir, sous des plages de sable mou... de nouveaux trous, où le ciment, déversé à grands flots, disparaissait mystérieusement... dans de larges excavations, reliquats de carrières exploitées au Moyen-Age ! On murmure même que certaines des pierres extraites sur notre site orneraient notre merveilleuse Grand-place...

Ultime surprise, lors de la mise à jour de mystérieuses colonnes... d'époque romaine, à ne pas en douter, ont fantasmé quelques enthousiastes, c'était l'endroit prédestiné pour ériger le New Deux Alix !

Hélas, on se rappela bien vite que des colonnes de soutènement avaient été posées lors de la construction précédente afin d'assurer la stabilité de l'ancien bâtiment des urgences de Ste-Elisabeth... Grandeurs et déceptions de l'Histoire !

Toutes ces péripéties, si elles ont occasionné un certain retard et un surcoût imprévu, n'ont heureusement nullement entravé la créativité de nos bâtisseurs.

Clin d'œil et souri(re)s pour les innovations du new Deux Alix : en route pour les « Cliniques du Futur »...



Depuis quelques semaines, Euménéguy a élu domicile dans une mystérieuse chambre « prototype » : y sont actuellement testés divers matériaux afin d'en évaluer la résistance, la facilité d'entretien, la longévité, l'ergonomie...

Rechercher un environnement hospitalier beau, durable et pratique en tirant un enseignement des erreurs du passé permettra d'offrir un plus grand confort aux patients et au personnel soignant.

Par ailleurs, des modules « VIP » sont également à l'étude, en raison de l'accroissement de la demande pour les chambres privées : des espaces comportant deux compartiments modulables, un « diurne » pour la réception des visiteurs et un « nocturne » offrant une possibilité d'hébergement confortable supplémentaire pour l'accompagnant.

Si nécessaire, ces 8 espaces VIP pourront être transformés en 16 chambres privées.

« Caring tomorrow »... On n'arrête pas le progrès !

Les œufs du phoenix d'Etterbeek

C'est d'un relooking total dont bénéficie actuellement le site St-Michel : coup de neuf dans les constructions, l'équipe médicale, le décor !

Pour aider ce phoenix à renaître de ses cendres, les directions ont fait appel au designer Pinto afin de réinventer le hall d'accueil.

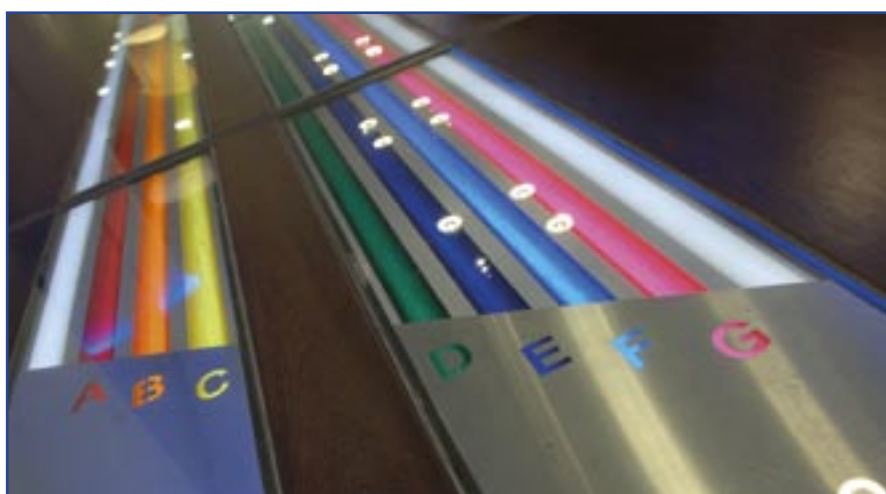
Il a fait de ce « triste couloir à deux niveaux » – en effet, il existe une dénivellation d'environ 1,5 m entre l'entrée de la rue de Linthout et le plateau du hall – un vaste espace lumineux et convivial, intégrant des fonctions d'accueil (consultations et hospitalisations) et administratives, le restaurant « Ovalis », une boutique et deux magnifiques structures ovoïdes argentées, l'une abritant l'équipe d'accueil, l'autre servant de salle de réunion.

Un ingénieux « perpetuum mobile » situé à l'entrée permet aux personnes à mobilité réduite d'accéder aisément à l'ensemble des services.

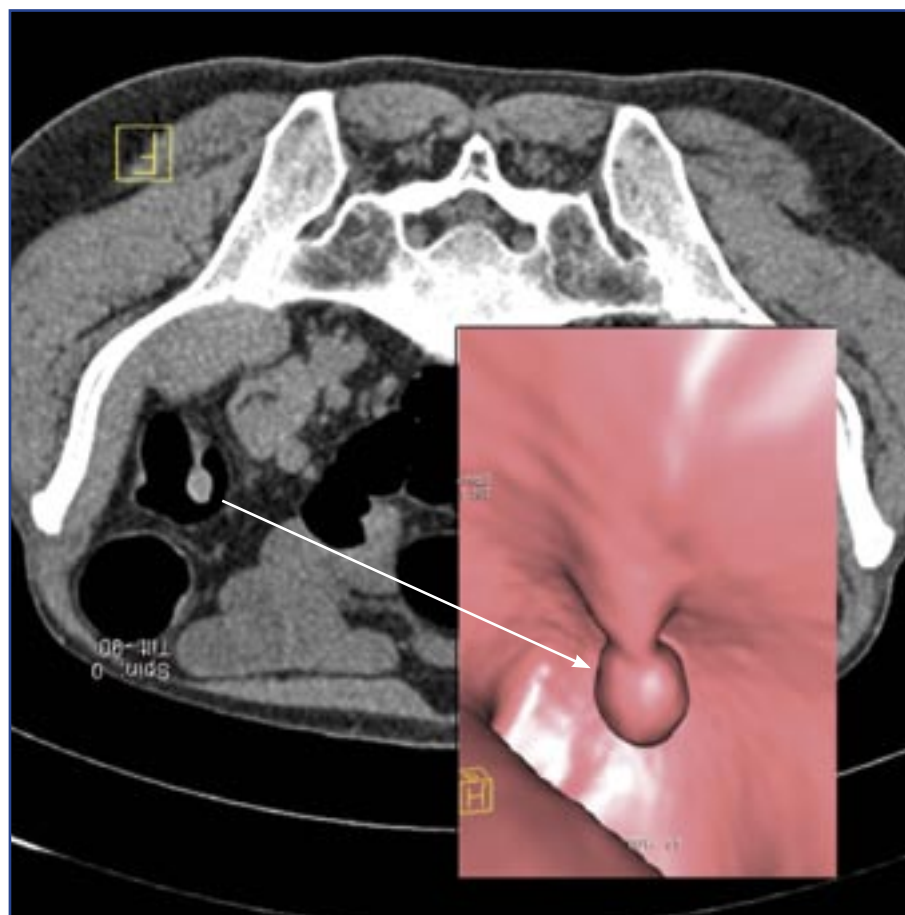
Les patients sont orientés vers leur lieu de rendez-vous via un « arc-en-ciel de signalisation » en fibres optiques, intégré dans le revêtement de sol.

Le déménagement de l'ancien bâtiment de Linthout vers la nouvelle aile est prévu pour fin 2007 : y seront regroupés 2 plateaux de parking (250 emplacements), 2 plateaux de consultation (+/- 4 500 m²) et diverses unités d'hospitalisation.

Dr Roxane Audistère



CT colonographie



Polype adénomateux.

Le carcinome colique est la troisième tumeur, par ordre de fréquence, diagnostiquée dans la population occidentale. C'est la tumeur la plus fréquemment rencontrée après le carcinome prostatique chez l'homme et après le cancer mammaire chez la femme. Cette pathologie représente la deuxième cause de décès tumoral après le cancer du poumon.

Le plus souvent, le carcinome colique se développe sans douleur et reste silencieux jusqu'à l'apparition de troubles de l'exonération, de perte sanguine anale, d'anémie, ou jusqu'à ce qu'il y ait une obstruction colique.

Dans 15 à 20 % des tumeurs coliques, des métastases hépatiques existent déjà lors de l'intervention chirurgicale, ce qui réduit la survie après 5 ans à 44 %.

Par conséquent, il est essentiel de détecter la lésion à un stade préclinique. Dans cette optique, un dépistage est conseillé dès l'âge de 50 ans.

Le screening peut être effectué par un Hémocult®, une sigmoïdoscopie, un lavement baryté ou par colonoscopie conventionnelle. Les dépistages par Hémocult® ou par sigmoïdoscopie se sont avérés peu efficaces.

La colonoscopie présente parfois, pour certains patients, trop de désagréments pour être acceptée comme technique de screening. Seules les personnes très motivées se présentent pour cet examen !

- La préparation rigoureuse afin d'obtenir un côlon propre et l'introduction du colonoscope sont difficilement acceptées par des personnes qui se croient en bonne santé et sont parfois pénibles pour les personnes âgées affaiblies.
- L'inconfort abdominal pendant l'examen est également un motif de refus.
- Parfois, il est impossible de visualiser tout le cadre colique suite à un dolichocôlon, une diverticulose ou une lésion sténosante.
- Risque de perforation (0,1 %).

Le lavement baryté en double contraste présente également des problèmes spécifiques, telle la superposition de segments coliques due à un dolichocôlon ou la présence de diverticules.

Le CT scan est une technique d'imagerie axiale où, en principe, il n'existe pas de superposition des différents segments coliques. Par contre, le fait que le côlon occupe toute la cavité abdominale et que des artéfacts cinétiques peuvent se produire suite à des contractions rendaient, jusqu'à présent, l'évaluation difficile. De plus, il était nécessaire de développer une technique pour obtenir une distension du côlon ainsi qu'un moyen pour distinguer les résidus fécaux de lésions polypoides.

La nouvelle génération d'appareils tomodynamométriques rapides comportant plusieurs rangées de détecteurs et la capacité technique de reconstruire les images de façon isotropique (= à qualité égale) dans le plan coronal et sagittal offrent maintenant la possibilité d'obtenir une visualisation correcte du côlon.

Modalités pratiques

Après préparation du côlon par un régime pauvre en résidus pendant 1 à 2 jours et administration de Prépacol® le jour précédant l'examen, le CT scan est réalisé.

Les résidus fécaux sont opacifiés grâce à l'ingestion de 50 ml d'une suspension barytée le jour avant l'examen. Le patient est installé sur la table et une bonne distension du côlon s'obtient par insufflation rétrograde d'air.

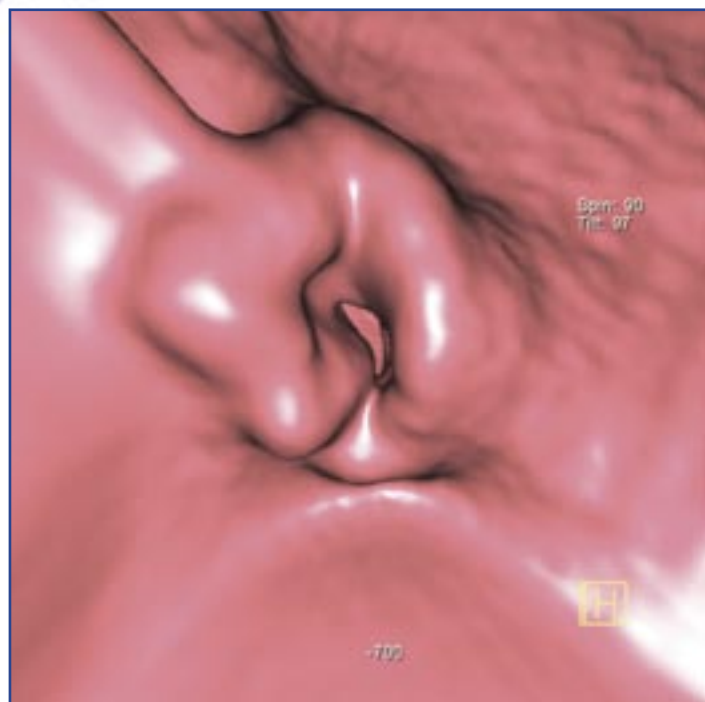
On réalise une acquisition spiralée en décubitus dorsal et une en procubitus. L'ensemble de l'examen ne prend que 10 minutes et s'effectue avec une faible dose de radiations car l'air insufflé produit un contraste spontané suffisant. Ensuite, le radiologue peut étudier les images en deux ou trois dimensions. Utilisant des programmes de calcul puissants, il est même possible de réaliser une « colonoscopie virtuelle » au cours de laquelle des lésions sont détectées de manière plus intuitive.

La détection automatique de lésions polypoïdes (CAD= computer aided diagnosis) est actuellement en développement comme complément de l'inspection visuelle par le radiologue.

Quand une lésion suspecte égale ou supérieure à 1 cm de diamètre est observée, le patient est envoyé au gastro-entérologue pour une évaluation endoscopique plus approfondie avec résection éventuelle.

Les lésions de moins de 1 cm de diamètre sont suivies par une CT-colonographie tous les 3 ans.

Adénocarcinome sigmoïdien circonférentiel.



Selon une étude de Pickhardt, la CT-colonographie peut présenter une sensibilité et une spécificité respectivement de 94 % et 96 % pour des polypes au-delà d'1 cm de diamètre, et une sensibilité et une spécificité de 89 % à 80 % pour des lésions d'un diamètre de 6 à 9 mm.

CONCLUSION

La CT-colonographie prend de plus en plus de place dans le screening du côlon.

Les indications actuellement acceptées sont :

- colonoscopie conventionnelle incomplète (5 à 10 %) ;
- lésion sténosante empêchant une évaluation des segments coliques en amont (1.5 à 9 % de cas de cancer synchrone) ;
- personnes âgées affaiblies souffrant d'insuffisance respiratoire, sous anticoagulants ou présentant une allergie aux produits anesthésiques ;
- refus d'une colonoscopie conventionnelle.

Quand une colonoscopie est incomplète, on profite de la préparation que le patient a effectuée : le service de radiologie s'est engagé, vis-à-vis des gastro-entérologues, à réaliser la CT-colonographie encore le même jour.

Dr L. Ghijssels

Radiologie

Sites Ste-Elisabeth – 2 Alice

Tél. : 02/373.17.70

Sténose sigmoïdienne.



Mash pour un crash

Mardi 22 novembre, 7 heures du matin, la centrale 100 alerte le service des Urgences des Cliniques de l'Europe, site Ste-Elisabeth. Un accident très grave vient de se produire au bas de l'avenue De Fré : un bus est couché sur le flanc suite à une collision avec un camion citerne !

Le plan catastrophe (sur le lieu de l'accident) et le plan MASH (intrahospitalier) sont immédiatement déclenchés par le Dr Gatera et les premières évacuations sauvages arrivent aux Urgences.

Les patients semblent affolés par l'ampleur de la catastrophe et bien vite une hystérique essaie de déstabiliser le personnel en place qui, progressivement, accueille les différents blessés. 17 victimes graves ou légères sont prises en charge en trois quarts d'heure à peine.

Rassurez-vous ! Ceci n'était qu'un exercice sous l'autorité de Madame Paulus du Chatelet, Gouverneur de la Province du Brabant et des autorités policières communales et fédérales.



Ses objectifs étaient de tester l'organisation et la qualité de prise en charge rapide des patients en cas d'accident grave.

Bravo aux membres de l'équipe de la Croix-Rouge qui ont particulièrement bien joué leurs rôles de figurants, tous très convaincants !

Monsieur Herrera, représentant de Madame la Gouverneur, Monsieur Gillis, chef de la zone de Police et Monsieur Desmedt, commissaire à Uccle ainsi que les observateurs de la Croix-Rouge ont pu apprécier le professionnalisme de nos infirmier(ère)s, leur célérité et leur calme ainsi que le déploiement rapide de l'équipe médicale.



Par ailleurs, toutes les personnes présentes ont pu profiter d'un débriefing au cours duquel chacun a pu faire part de ses impressions, outil précieux pour tous les intervenants.

Qu'est-ce que MASH ?

Le plan MASH - Mise en Alerte des Services Hospitaliers - est un plan d'organisation déclenché dans un hôpital suite à une catastrophe interne ou externe.

Une fois le plan MASH déclenché, différents postes sont mis en place aux Urgences et diverses procédures sont activées par le médecin coordinateur.

Les patients se trouvant aux Urgences avant la catastrophe sont évacués vers les étages afin de réserver le service à la catastrophe exclusivement.

D'autres services sont également impliqués dans le plan : les soins intensifs, la psychiatrie, la radiologie, le laboratoire, le service technique, la pharmacie, le service social, le service achat, le secrétariat de direction et le service pastoral.

En pratique...

Phase 1. Accueil des patients à l'entrée des Urgences : TRI.

Un médecin urgentiste et un infirmier classifient les patients en fonction de la gravité de leurs lésions et dressent un premier bilan écrit sur une fiche numérotée qui suivra le patient tout le long de son parcours :

- U1 : danger de mort immédiat ;
- U2 : danger de mort si le patient n'est pas traité endéans les trois heures ;
- U3 : pas de danger de mort.

Phase 2. Acheminement des patients vers la zone correspondant à la classification et prise en charge par :

- le médecin de garde aux soins intensifs et son superviseur, responsables de la zone U1 ;
- les superviseurs de chirurgie, d'orthopédie et leur assistant(e), responsables de la zone U2 ;



- le médecin spécialisé BMA (brevet de médecine aigüe) et l'assistant de médecine interne, responsables de la zone U3.

Phase 3. Orientation du patient, après stabilisation de son état, vers un autre service hospitalier ou retour au domicile.

Urgences
Site Ste-Elisabeth
Tél. : 02/373.16.00

Dr Mirzabekiantz
Dr Aussems
M. Delbushaye



MEDICARE

Service d'Investigations Médicales

Depuis un an, les Cliniques de l'Europe, en leur site des 2 Alice, se sont dotées d'un **Service d'Investigations Médicales** dirigé par le Docteur Jean Geurts, spécialiste en médecine interne.

Ce service réunit sous la dénomination **MEDICARE – Cliniques de l'Europe** :

1. La **WELCOME CLINIC**, bien connue des médecins généralistes auxquels elle offre une aide au diagnostic pour leurs patients, en un minimum de temps et un maximum d'efficacité.
2. La **HEALTHCARE CLINIC** dont la mission est d'offrir aux entreprises ainsi qu'aux institutions européennes et internationales, contractuellement et en dehors de toute assurance maladie-invalidité, la possibilité de faire réaliser un bilan de santé à leur personnel dans le cadre de leurs avantages contractuels ou statutaires.

Que ce soit pour une démarche diagnostique prescrite ou pour la réalisation d'un bilan de santé « entreprise », les examens sont réalisés en une matinée.

Ceux-ci peuvent comporter, outre l'examen clinique complet réalisé par un médecin du service, un bilan biologique, un bilan radio-échographique, un bilan cardiaque avec ECG à l'effort selon les indications, un bilan gastro-entérologique avec endoscopie selon les besoins, un bilan pulmonaire avec éventuelles épreuves fonctionnelles respiratoires, un bilan urologique avec bilan prostatique complet, un bilan gynécologique avec examen sénologique et échographie pelvienne si nécessaire, un bilan dermatologique, un bilan ophtalmologique, un bilan O.R.L., etc.

Chaque examen est bien sûr optionnel et adapté aux besoins de la situation clinique.

La démarche diagnostique ainsi effectuée fait l'objet d'un rapport détaillé adressé au médecin traitant; ce courrier précise l'état de santé de la personne examinée, les diagnostics proposés, les facteurs de risque estimés et formule toutes les stratégies thérapeutiques et recommandations préventives nécessaires.

Un village vert pour les seniors !

Les Cliniques de l'Europe partenaires dans un nouveau projet d'envergure à Waterloo.

Waterloo accueillera, dans un futur proche, un village dévolu aux seniors.

Ce nouveau concept, destiné aux personnes des 3^{ème} et 4^{ème} âges, regroupera un ensemble de services : maison de repos et de soins, résidence-service, activités médicales et para-médicales ainsi qu'un centre de délasserment proposant activités culturelles et sportives. On envisage même d'y développer une dimension intergénérationnelle, entre autres en y aménageant une crèche.

Ce projet d'envergure, fruit d'une étroite collaboration entre le CPAS et la commune de Waterloo, Immobel et les Cliniques de l'Europe, verra le jour sur le site de l'actuelle ferme-école, drève des Dix Mètres.

Outre l'intérêt évident que représente ce « nouvel art de vivre » pour les seniors, cette réalisation permettra également de préserver le caractère verdoyant de ce site de 14 hectares en

y aménageant un parc accessible à tous et de préserver la plus grande partie des bâtiments, par ailleurs classés.



La réadaptation cardiaque

La réadaptation cardiaque est **une approche multidisciplinaire** qui assure d'abord la **surveillance** après un infarctus, une angioplastie ou une chirurgie cardiaque et en cas d'insuffisance cardiaque compensée. Elle participe également à la **reprise contrôlée** des activités physiques et de l'autonomie, avec dans la mesure du possible la reprise des activités professionnelles. Enfin, elle contribue à la **prévention secondaire** de la maladie coronarienne par le contrôle des facteurs de risque et par l'exercice physique.

Les trois phases de la réadaptation

La phase aigüe ou phase hospitalière limite les complications de l'alitement et constitue le début de l'autonomie pour un retour à domicile le plus rapide possible.

La phase ambulatoire dure plus ou moins 3 à 4 mois et s'effectue au centre de réadaptation cardiaque à raison de 3 fois par semaine.

Enfin, **la phase de maintenance** débute généralement avec la reprise des activités habituelles ; cette phase est conditionnée par le respect des règles hygiéno-diététiques.

Les différents intervenants et leurs rôles

Le **cardiologue responsable** assure une surveillance et un lien direct entre le cardiologue du patient, son médecin traitant et toute l'équipe de réadaptation. Un courrier systématique leur est transmis en début et fin de réadaptation, afin de les tenir au courant de l'évolution de leur patient.

La **diététicienne** corrige les facteurs de risque cardiovasculaire en installant progressivement de bonnes habitudes alimentaires. Elle met en place, en collaboration avec le patient, une alimentation saine et équilibrée en le guidant dans ses choix, que ce soit en quantité ou en qualité.

La **psychologue** informe le patient au sujet de sa maladie coronarienne, l'accompagne dans les répercussions de celle-ci au niveau psychique et l'aide à mieux connaître ses facteurs de risque et à les gérer.

L'**assistante sociale** recherche la solution adaptée au problème personnel, familial, financier ou professionnel en guidant le patient dans ses démarches administratives.

Les **kinésithérapeutes** participent au réentraînement à l'effort ; leur objectif est d'améliorer la capacité physique en endurance afin de :

- **développer un réseau d'artères collatérales** au niveau du muscle cardiaque et des muscles périphériques (prévention secondaire) ;
- **décaler le seuil ventilatoire** (seuil de dyspnée) afin d'assurer un meilleur confort de vie dans les activités quotidiennes ;
- redonner au patient la **confiance face à l'effort**, en lui apprenant à gérer celui-ci.



La salle de kiné possède 5 vélos, 1 cross trainer, 1 tapis roulant (Life Fitness), 1 rameur (Concept II) et 2 appareils de musculation (Leg Extension et Lat Pull Down).

Chaque patient dispose de son programme personnalisé qui est élaboré en fonction de sa pathologie, de sa capacité physique et de ses facteurs de risque.

Les kinésithérapeutes, grâce à leur contact régulier 3 fois par semaine avec le patient, assurent un contrôle paramédical permanent (prise des paramètres : fréquence cardiaque – tension artérielle et/ou mise sous ECGscope durant la séance).

Les bénéfices de la réadaptation cardiaque

- Amélioration de la tolérance à l'effort (augmentation de la VO_2 max et du seuil ventilatoire en moyenne de 20 %).
- Réduction des symptômes (angor et dyspnée).
- Amélioration du bien être psychosocial.
- Diminution de la morbidité et de la mortalité.

Pour l'équipe de réadaptation cardiaque,

Anne Marie Poliard
Licenciée en Kinésithérapie
Site St-Michel
Tél. : 02/737.84.35

Le calcul du GFR par la formule du MDRD

une nouvelle façon d'estimer la fonction rénale

INTRODUCTION

L'insuffisance rénale (IR) est une pathologie en augmentation constante dans notre population. Elle évolue insidieusement jusqu'à un stade avancé et peut être méconnue. La reconnaître à temps permet de traiter ses différentes complications et, bien souvent, de ralentir son évolution par une prise en charge adéquate.

Le rein a différentes fonctions dont la principale est la filtration glomérulaire. C'est d'ailleurs l'estimation du débit de filtration glomérulaire (ou GFR en anglais, pour Glomerular Filtration Rate) qui va définir l'IR, puisqu'on parle d'IR chronique quand le GFR est en-dessous de 60 ml/min/1.73m² pendant 3 mois (voir tableau 1).

Tableau 1 : Définition des stades de l'insuffisance rénale chronique (IR) selon le National Kidney Foundation

Stade	GFR (ml/min/1.73m ²)	Fonction rénale
1	> 90	Normale
2	60-89	Légère altération de la fonction rénale
3	30-59	IR modérée
4	15-29	IR sévère
5	< 15	IR terminale

MÉTHODES DE MESURE DU GFR

1. Clairance de l'inuline et clairance du ⁵¹Chrome EDTA

La clairance de l'inuline est le test de référence pour déterminer le GFR. La mesure de la clairance du ⁵¹Chrome EDTA est également une technique qui permet une mesure très fiable du GFR. Ces techniques sont coûteuses, invasives mais n'ont pas d'intérêt clinique.

2. La créatinine sérique

La créatinine est une substance endogène dérivée du catabolisme de la créatine musculaire. Elle est filtrée par le glomérule, n'est pas réabsorbée par le tubule et est sécrétée d'autant plus que l'insuffisance rénale est sévère.

La créatinine sérique n'est pas suffisante pour évaluer la fonction rénale. A titre d'exemple, une même créatinine de 1.2 mg/dl mesurée chez un jeune homme musclé de race noire ou chez une femme âgée et maigre de race blanche peut être le reflet d'une fonction rénale normale ou d'une insuffisance rénale déjà avancée. La créatinine plasmatique est donc un mauvais marqueur de l'IR !

3. La clairance de la créatinine mesurée sur urine de 24 heures

La mesure de la clairance de la créatinine sur une collecte urinaire de 24 heures a un intérêt clinique limité, à cause de nombreuses erreurs de collecte. Moins précise que les formules de Cockcroft ou le MDRD, elle garde encore un intérêt chez des patients qui présentent un apport protéique hors norme (végétariens,...) ou une masse musculaire hors norme (body-builders, anorexie, paraplégie,...).

Sa formule est : $[\text{Creat}]_{\text{ur}} \times V / [\text{Creat}]_{\text{pl}}$ où V est le volume uriné par unité de temps.

4. La formule de Cockcroft

Largement validée et utilisée, elle permet d'estimer le GFR de façon satisfaisante en pratique clinique. Elle donne une estimation du GFR en ml/min. Sa formule est : $(140 - \text{âge}) \times \text{Poids (kg)} / 72 \times [\text{creat}]_{\text{pl}}$ (mg/dl). S'il s'agit d'une femme, le résultat doit être multiplié par 0,85. Elle peut aussi être corrigée par la surface corporelle (SC) en multipliant le résultat par le rapport 1.73/SC pour donner une meilleure estimation du GFR. Le résultat s'exprime alors en ml/min/1.73m². Ceci nécessite la connaissance de la taille et l'utilisation d'une formule de calcul de la SC, ce qui lui fait perdre en disponibilité et donc en intérêt clinique. Elle surestime le GFR d'environ 15 %.

5. Les formules du MDRD

De nouvelles formules permettant d'estimer le GFR ont été mises au point à partir des données dérivées de l'étude du MDRD ou Modification of Diet in Renal Disease. Celles-ci ont été validées dans la littérature et sont mieux corrélées aux mesures isotopiques que la formule de Cockcroft.

La première de ces formules nécessite la connaissance du sexe, de l'âge, de la race mais également de l'albumine sérique, de l'urée et de la créatinine : elle est surtout utilisée dans les études cliniques.

Une seconde formule, MDRD2 ou MDRD abrégée, permet d'estimer le GFR en ne connaissant que la créatinine sérique, l'âge, le sexe et la race. Sa formule est plus complexe que le Cockcroft: $186 \times [\text{creat}]_{\text{pl}}^{-1.454} \times [\text{âge}]^{-0.203}$. Le résultat est multiplié par 0.762 chez la femme et par 1.21 chez l'individu de race noire.

Cette formule a été validée dans une population âgée de 18 à 70 ans et son utilisation est recommandée par la société américaine de néphrologie. Elle ne s'applique donc pas aux enfants et n'est pas encore validée scientifiquement au-delà de 70 ans. Comme le Cockcroft, elle ne s'applique pas à l'IR aiguë et surestime la fonction rénale chez les patients avec une réduction disproportionnée de la masse musculaire.

Tableau 2 : Comparaison des différentes méthodes de mesure du GFR

Méthode d'évaluation	Cl inuline	Créatinine plasmatique	Cockcroft	MDRD2
Fiabilité	++++	+	+++	+++
Disponibilité	0	++++	++	+++
Intérêt clinique	0	+	++	+++
Moins fiable pour	0	gériatrie	IR	gériatrie

Liste des abréviations : GFR : glomerular filtration rate ; Cl inuline : clairance de l'inuline.

EN RÉSUMÉ

Depuis le 24 mai 2005, pour chaque créatinine demandée dans les laboratoires des Cliniques de l'Europe, vous recevrez automatiquement une estimation du GFR par la formule du MDRD abrégée.

Des calculatrices du GFR sont également disponibles sur internet à l'adresse suivante: <http://www.nephron.com/mdrd/default.htm>.

Le calcul du GFR par la formule du MDRD abrégée donne une estimation fiable de la fonction rénale. Ceci permet un diagnostic fiable et précoce de l'insuffisance rénale.

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à prendre contact avec le service de néphrologie-dialyse (site 2 Alice : 02/373.47.48 ; site St-Michel : 02/737.85.70).

Dr F. Reginster
Dr G. Clerbaux
Dr A. Van Audenhove

Award de la mobilité

Les cliniques de l'Europe remportent cette année l'Award de la mobilité, décerné par Touring Assurance à l'entreprise qui met en place un plan de mobilité pour ses collaborateurs.

Les personnes qui utilisent, pour se rendre au travail, le train, le métro, le tram, le bus ou le vélo peuvent voir leurs primes d'« assurance-auto classique » diminuer jusqu'à 32 %.

Nombreux sont celles et ceux qui ont modifié leurs habitudes de déplacement.

La formule proposée est très ouverte et peu contraignante, en termes administratifs, pour l'entreprise. Une récompense bien méritée !



Comment aborder la problématique du tabac en médecine générale ?



Dr Pierre Nys
Tabacologie
Sites Ste-Elisabeth – 2 Alice – St-Michel

4 fumeurs sur 5 regrettent d'avoir commencé, 3 sur 4 désirent arrêter... Cesser de fumer est une redoutable épreuve ! Même si la plupart des fumeurs y parviennent seuls, beaucoup échouent à long terme dans leur tentative.

Comme le dit Perriot, toute dépendance résulte de la rencontre entre un individu présentant une susceptibilité personnelle, une substance offrant des effets psycho-actifs et un environnement socio-culturel.

Tout patient fumeur doit être interpellé sur son tabagisme. Qu'il vous rencontre pour la première fois ou qu'il vienne vous voir dans le cadre d'un contrôle de son cholestérol, du suivi d'une hypertension, au décours d'une grossesse ou encore pour un bilan préopératoire... vous vous devez d'intervenir.

Stratégies

Dans un premier temps, il importe d'identifier le fumeur et de l'interroger sur son éventuelle intention d'arrêter sa consommation. Ensuite, le praticien peut prodiguer des conseils clairs et fermes relatifs à la cessation. **Que l'on soit médecin généraliste ou spécialiste, cardiologue, anesthésiste, ORL ou gynécologue, deux questions sont appelées à devenir systématiques**

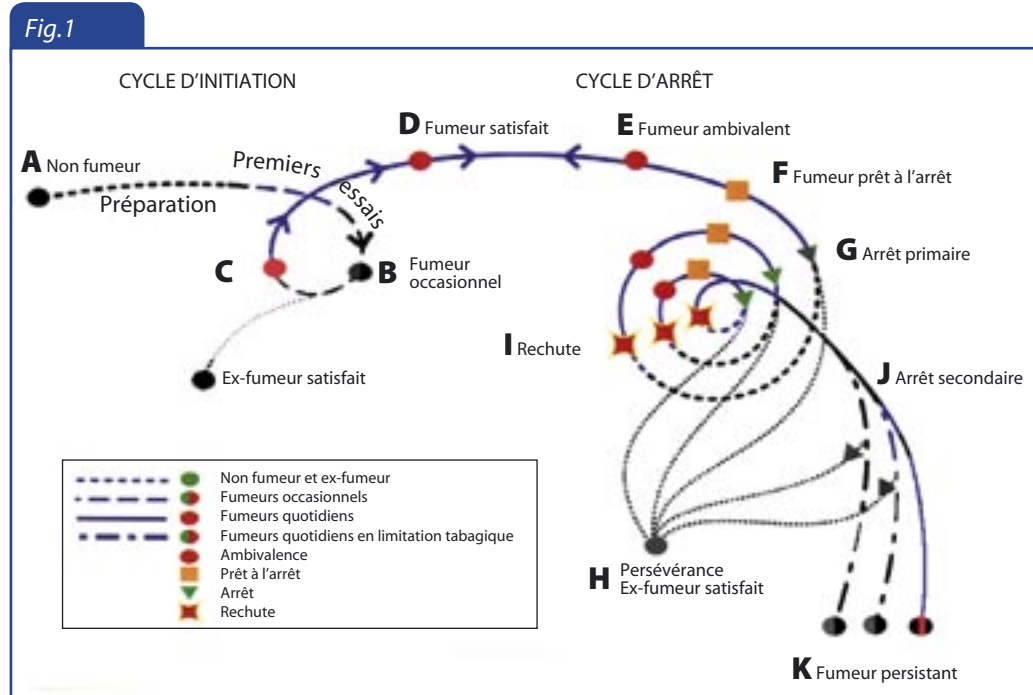
- « Fumez-vous ? »
- « Désirez-vous arrêter de fumer ? »

Ces deux questions ne représentent que 2 à 3 minutes du temps de consultation.

Grâce à elles, le praticien se positionne comme un interlocuteur de référence par rapport au patient tabagique.

S'il est souvent difficile, en consultation de routine, devant une salle d'attente pleine, de consacrer le temps nécessaire pour aider le patient à entreprendre un sevrage, il est tout à fait possible de convenir d'un rendez-vous pour aborder cette problématique de santé !

De surcroît, il importe de tenir compte de la « maturation » du patient par rapport à la cessation tabagique (Fig. 1). Au départ, l'individu est non



Source du tableau : Prignot Tobacco control Vol 9 ; 2000 : p.14-17.

fumeur. A l'adolescence, il rencontre le tabac et s'initie à celui-ci. S'il « accroche », il devient « fumeur occasionnel » puis « fumeur satisfait ».

A ce stade, le sujet méprise les dangers liés au tabac et est donc peu sensible au discours médical. Il est néanmoins important de l'identifier, de le sensibiliser aux dangers que représente le tabac pour lui et pour ses proches et de lui proposer de l'aide. Avec le temps, il devient fumeur ambivalent. Fumer lui plaît encore mais... « finalement ce n'est peut être pas aussi bien que cela »...

A ce moment, le médecin peut l'aider à préparer la phase d'arrêt en optimisant sa réflexion.

Le voilà prêt mais il ne sait pas toujours comment s'y prendre ! Le praticien le soutient dans sa démarche de concrétisation (c'est le patient qui choisit son jour d'arrêt) et l'aide à prévenir la rechute en lui proposant un suivi régulier afin de renforcer ses compétences et sa confiance en soi. Il l'encourage à ne pas considérer une rechute éventuelle comme un échec et l'aide à en tirer un enseignement (circonstances de la rechute, consommation d'alcool associée, adhérence au traitement, attitude à adopter en cas d'envie impérieuse) et l'enjoint à persévérer...

Enfin, le voici devenu ex-fumeur satisfait !

Dans une salle d'attente, sont assis des fumeurs à concurrence de 28 % ; parmi eux, 40 % sont fumeurs satisfaits ou heureux, 40 % sont fumeurs ambivalents et 20 % sont prêts à arrêter.

Au sein de cette population, la dépendance physique est faible chez 40 % de ceux-ci, moyenne pour 40 % et très importante pour les 20 % restants. Il s'avère donc impossible d'aider tous les fumeurs de la même façon. C'est pourquoi il est utile d'avoir recours à la stratégie des 5A et des 5R.

To Ask : « Fumez-vous ? » Identifier et noter le statut tabagique dans le dossier médical à chaque entrevue est indispensable. L'identification augmente le taux de cessation spontanée à un an de l'ordre de 1 %.

To Advise : « Fumer est mauvais pour votre santé et celle de vos proches, je ne peux que vous conseiller d'arrêter ». Un conseil clair, ferme et personnalisé d'arrêt doit être prodigué systématiquement à chaque patient fumeur (preuve de classe A). Il offre un rapport coût / temps efficacité qui n'est pas négligeable. Le NNT (Number Need to Treat) est de 50 (50 conseils d'arrêt pour un arrêt effectif à 1 an). Ce chiffre, même s'il peut paraître peu important à titre individuel, est par contre non négligeable sur le plan de la santé publique.

TEST DE FAGERSTRÖM COURT

Combien de temps après le réveil fumez-vous la première cigarette ?	Points
Dans les 5 minutes ?	3
Entre 6 & 30 minutes ?	2
Entre 31 & 60 minutes ?	1
Après 1 H 00 ou plus ?	0
Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour ?	Points
10 et moins	0
Entre 11 et 20	1
Entre 21 et 30	2
Plus de 30	3

Interprétation : Votre dépendance physique à la nicotine est	Points
Très faible	0-2 points
Faible	3 points
Moyenne	4 points
Forte	5 points
Très forte	6 points

To Asses : « Souhaitez-vous arrêter de fumer ? Quand ? » Le professionnel de la santé demande au fumeur s'il est prêt à arrêter à brève échéance et renforce le désir de cessation en induisant un sentiment d'ambivalence, de manière telle que le patient ait « un caillou dans la chaussure » avec lequel il s'efforce de marcher dans un premier temps mais qui le force par la suite à s'arrêter pour l'ôter...

To Assist : établir un plan de sevrage personnalisé en prodiguant des conseils pratiques et une aide médicamenteuse éventuelle.

To Arrange : fixer un rendez-vous pour une consultation de suivi. Offrir un suivi prolongé, au moins pendant 6 mois, après le sevrage. Prévenir la rechute en soutenant le patient par des encouragements (le féliciter pour sa réussite, lui parler de ses acquis et lui rappeler ses motivations).

Pour accroître la motivation à l'arrêt, le praticien exploite les « 5R ».

Relevance : encourager le patient à formuler en quoi l'arrêt du tabac est important pour lui.

Risk : lui demander d'identifier les risques liés à l'usage du tabac à court, moyen ou long terme pour lui et ses proches.

Rewards : l'aider à identifier les avantages potentiels liés à l'arrêt du tabac.

Road blocks : l'interroger sur les éventuels obstacles, les difficultés qu'il rencontre dans sa démarche de cessation.

Repeat : ce type d'intervention doit en effet être répété...

Asthme et tabac



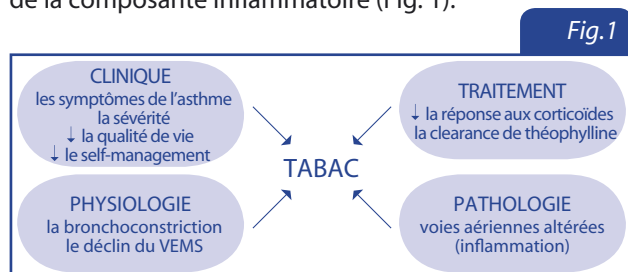
Dr Philippe Gris
Pneumologie
Site St-Michel

Dans la plupart des pays développés, 25 % des adultes asthmatiques sont fumeurs.

L'asthme, maladie caractérisée par une inflammation des voies aériennes et une tendance au bronchospasme est influencé par toute une variété de stimuli (allergies, froid, sport etc.).

Le tabac est le principal pourvoyeur de maladies obstructives peu réversibles de type BPCO.

Depuis le milieu du 16^{ème} siècle jusqu'aux années 30, les feuilles et les racines de tabac qui contiennent des composants anticholinergiques étaient utilisées en « cures » pour traiter l'asthme ! Ce n'est que vers les années 50 que d'importantes interactions entre le tabac et l'asthme ont été identifiées, incluant de nets effets sur la morbidité, la réponse aux corticoïdes et l'évolution de la composante inflammatoire (Fig. 1).



Aspects cliniques

Avant tout, on a pu démontrer que l'adulte fumeur ou ex-fumeur présente un risque plus élevé de développer de l'asthme que celui qui n'a jamais fumé, ceci étant à mettre en relation avec un effet cumulatif.

L'asthmatique fumeur présente souvent des symptômes plus sévères, nécessite plus souvent des médicaments de secours ou le recours aux services d'urgences et/ou hospitalisations (surtout en périodes de pollution avec hauts pics d'ozone, le recours aux urgences pouvant alors être majoré de 25 % chez les fumeurs).

Fumer peut déclencher un bronchospasme chez l'asthmatique alors que la même situation n'est pas ressentie comme irritante par les autres fumeurs, ceci d'autant plus que la fonction de base est mauvaise (VEMS). Le taux de mortalité après un épisode très sévère serait également plus élevé chez les fumeurs asthmatiques.

Aspects fonctionnels

La combinaison asthme et tabac accélère nettement le déclin du VEMS plus que tout autre facteur isolé et favorise les épisodes de bronchospasmes.

Aspects thérapeutiques

Le tabagisme diminue parfois nettement la réponse aux corticoïdes, traitement de base dans l'asthme, induisant une sorte de « cortico-résistance » qui génère un recours accru aux thérapies alternatives (sur base des symptômes et de la fonction, dans des

études portant sur des durées de 1 à 9 mois) probablement par altération du phénotype des cellules intervenant dans la réponse inflammatoire des voies aériennes supérieures. Les très nombreuses et complexes hypothèses de mécanismes pouvant expliquer cette corticorésistance sont très bien développées dans un article de Thomson (cf. références).

Le tabagisme diminue également l'efficacité de certaines drogues telle la théophylline par augmentation de la clearance; l'arrêt du tabac depuis une semaine en réduit déjà de 35 % l'élimination.

Aspects sociaux

Le tabagisme a un impact important dans la vie quotidienne de l'adolescent asthmatique (absentéisme scolaire 4 fois plus marqué pour asthme chez le fumeur) et de nombreuses répercussions sur la vie familiale et affective. Le tabagisme actif est parfois associé à la prise de risque souvent valorisante chez les adolescents.

Tabagisme passif

Il semblerait que le tabagisme passif in-utero puisse induire l'apparition d'asthme chez l'enfant. On évalue entre 8 à 13 % les cas d'asthme attribuables au tabagisme passif chez les adolescents de moins de 15 ans exposés pendant l'enfance. Pendant les mois d'hiver, il existe également une augmentation des symptômes, du recours aux médicaments anti-asthmatiques et du nombre de consultations aux urgences.

Arrêt du tabac

La cessation tabagique chez les non-asthmatiques réduit nettement les symptômes respiratoires tels la toux et la production de sputum et diminue la fréquence des infections. La fonction pulmonaire s'améliore et la courbe reprenant la chute du VEMS rejoint celle du non fumeur. Ceci est probablement vrai aussi chez l'« asthmatique fumeur repent » mais les études chez ces sujets sont rares...

CONCLUSION

Le tabagisme tant passif qu'actif influence défavorablement le cours de la maladie asthmatique.

Principales références : 1. Thomson N.C. et al. Asthma and cigarette smoking. Eur Respir J 2004; 24: 822-833. 2. Piipari R. et al. Smoking and asthma in adults. Eur Respir J. 2004; 24: 734-739. 3. Gilliland FD. Et al. Effects of maternal smoking during pregnancy and environmental tobacco in children. Am J Respir Critic Care Med 2001; 163: 429-436. 4. Nguyen L. et al. Influence du tabagisme sur la vie quotidienne des adolescents asthmatiques. Rev Mal Respir 2002; 19: 301-309.

NOUVEAU !

SYMBICORT® forte 320/9 µg/dose

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT: SYMBICORT forte Turbohaler 320/9 microgr./dose, poudre pour inhalation. 2. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE: Chaque dose délivrée (dose qui sort de l'embout buccal) contient: budésonide 320 microgrammes/inhalation et fumarate de formotérol dihydraté 9 microgrammes/inhalation. SYMBICORT forte Turbohaler 320/9 microgr./dose délivre la même quantité de budésonide et de formotérol que les "monoproduits-Turbohalers" correspondants soit 400 microgrammes de budésonide par inhalation (dose mesurée) et 12 microgrammes de formotérol par inhalation (dose mesurée), dose qui peut aussi s'intituler 9 microgrammes par inhalation (dose délivrée). Excipients: voir 5.1. Formotérol INN est également connu comme éformotérol BAN. 3. FORME PHARMACEUTIQUE: Poudre pour inhalation. Poudre blanche. 4. DONNEES CLINIQUES: 4.1. Indications thérapeutiques: ASTHME: SYMBICORT forte Turbohaler 320/9 microgr./dose est indiqué pour le traitement habituel de l'asthme lorsque l'usage d'une combinaison (corticostéroïde inhalé bêta-agoniste à longue durée d'action) est indiqué: -soit chez des patients qui ne sont pas suffisamment contrôlés par des corticostéroïdes inhalés et des bêta2-agonistes de courte durée d'action, utilisés "quand nécessaire"; -soit chez des patients qui sont déjà suffisamment contrôlés par des corticostéroïdes inhalés et des bêta2-agonistes de longue durée d'action. BPCO: Traitement symptomatique des maladies pulmonaires chroniques obstructives (BPCO) sévères (FEV1 < 50% de la valeur normale prédite) et en cas d'antécédent d'exacerbations répétées, chez des patients qui ont des symptômes significatifs en dépit d'un traitement régulier par bronchodilatateurs à longue durée d'action. 4.2. Posologie et mode d'administration: ASTHME: SYMBICORT forte Turbohaler 320/9 microgr./dose n'est pas destiné à traitement initial de l'asthme. La posologie des composants de SYMBICORT forte Turbohaler 320/9 microgr./dose est déterminée sur base individuelle et doit être adaptée à la sévérité de la maladie. Il faudra en tenir compte lorsque l'on commence un traitement avec une combinaison, mais également lorsque la dose doit être adaptée. Si un patient individuel avait besoin d'une combinaison de doses différentes de celles qui sont disponibles dans l'inhalateur contenant la combinaison, il faudrait prescrire les doses requises de bêta-agonistes et/ou de corticostéroïdes dans des turbohalers séparés. Doses recommandées: Adultes (18 ans et plus): 1 inhalation, deux fois par jour. Certains patients peuvent requérir jusqu'à un maximum de 2 inhalations, deux fois par jour. Adolescents (12-17 ans): 1 inhalation, deux fois par jour. L'état des patients doit être régulièrement réévalué par le médecin, afin que la posologie du SYMBICORT forte Turbohaler 320/9 microgr./dose reste optimale. La dose doit être ajustée à la plus petite dose possible qui permette un contrôle efficace des symptômes. Lorsque le contrôle des symptômes est maintenu à la dose minimale recommandée, l'étape suivante peut inclure un test avec uniquement un corticostéroïde inhalé. Dans la pratique de tous les jours, lorsque l'on obtient le contrôle des symptômes avec une administration biquotidienne, une adaptation à la plus petite dose efficace pourrait inclure un passage à une seule administration par jour de SYMBICORT forte Turbohaler 320/9 microgr./dose lorsque, selon l'avis du prescripteur, un bronchodilatateur à longue durée d'action est nécessaire pour maintenir le contrôle. Enfants de moins de 12 ans: L'efficacité et la sécurité chez les enfants n'ont pas été étudiées suffisamment (voir rubrique 5.1). SYMBICORT forte Turbohaler 320/9 microgr./dose n'est pas recommandé chez les enfants de moins de 12 ans. BPCO: Adultes: 1 inhalation, deux fois par jour. Groupes particuliers de patients: il n'y a pas lieu d'adapter les doses chez les patients âgés. On ne dispose pas de données relatives à l'usage de SYMBICORT forte Turbohaler 320/9 microgr./dose chez les patients présentant une activité hépatique ou rénale perturbée. Comme le budésonide et le formotérol s'éliminent principalement par métabolisation au niveau du foie, on peut s'attendre à une exposition plus importante chez les patients atteints d'une cirrhose sévère du foie. Instructions pour un usage correct du Turbohaler: Le Turbohaler est actionné par le flux inspiratoire ce qui signifie que, lorsque le patient inhale à travers l'embout buccal, la poudre suivra la direction de l'air inspiré dans les voies respiratoires. Note: Il est important de donner au patient les instructions suivantes: -lire attentivement le mode d'emploi de la notice qui est présente dans chaque conditionnement de turbohaler; -inspirer avec force et profondeur à travers l'embout buccal afin d'assurer une délivrance optimale de la dose au niveau des poumons; -ne jamais expirer dans l'embout buccal, -se rincer la bouche avec de l'eau après avoir inhalé la dose prescrite afin de minimiser le risque de développer du muguet dans l'oropharynx. Il est possible que le patient ne perçoive ni ne goûte le médicament lorsqu'il utilise le Turbohaler, cela s'explique par la faible quantité de substance à inhaler. 4.3. Contre-indications: Hypersensibilité (allergie) au budésonide, au formotérol ou au lactose inhalé. 4.4. Effets indésirables: Comme SYMBICORT forte Turbohaler 320/9 microgr./dose contient à la fois du budésonide et du formotérol, il peut se produire des effets indésirables de même nature que ceux qui ont été rapportés pour chacun de ces composants. On n'a pas rapporté d'augmentation de ces effets indésirables suite à l'administration simultanée de ces deux composants. Les effets indésirables les plus fréquents liés au médicament sont les effets secondaires prévisibles des bêta2-agonistes, tels que tremblements et palpitations. Ils sont relativement légers et disparaissent en général après quelques jours de traitement. Dans une étude clinique d'une durée de 3 ans consacrée à l'utilisation du budésonide dans la BPCO, des contusions et de la pneumonie se sont produites à des fréquences respectives de 10 % et 6 %, contre 4 % et 3 % dans le groupe placebo (respectivement p < 0,001 et p < 0,01). Les effets indésirables liés au budésonide ou au formotérol sont repris ci-dessous: Souvent (>1/100, <1/10): Système nerveux central: Maux de tête; Système cardio-vasculaire: Palpitations; et musculaire: Tremblements; Tractus respiratoire: Infections par candida au niveau de l'oropharynx, irritations légères de la gorge, toux, raucité. Parfois (>1/1000, <1/100): Système cardio-vasculaire: Tachycardie; Système osseux et musculaire: Crampes musculaires; Système nerveux central: Agitation, fébrilité, nervosité, nausées, étourdissements, troubles du sommeil; Peau: Contusions. Rarement (>1/10000, <1/1000): Peau: Exanthème, urticaire, prurit, dermatite, angioedème; Tractus respiratoire: Bronchospasmes; Métabolisme: Hypokaliémie; Système cardio-vasculaire: Fibrillation auriculaire, tachycardie supraventriculaire, extrasystoles. Très rarement (<1/10000): Métabolisme: Hyperglycémie, signes ou symptômes d'un effet glucocorticoïde systémique (y compris fonction des glandes surrénales diminuée); Troubles psychiques: Dépression, troubles du comportement (principalement chez les enfants); Système nerveux central: Troubles gustatifs; Système cardio-vasculaire: Angine de poitrine, tension instable. Comme avec les autres thérapies par inhalation, des bronchospasmes paradoxaux peuvent très rarement se produire (voir rubrique "Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi"). Les effets systémiques des corticostéroïdes inhalés peuvent surtout se produire avec des doses élevées prescrites pendant une période prolongée (voir rubrique "Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi"). Un traitement par B2 agonistes peut se traduire par une augmentation des taux d'insuline, des acides gras libres, du glycérol et des corps cétoniques dans le sang. 5. DONNEES PHARMACEUTIQUES: 5.1. Liste des excipients: Lactose monohydraté (contenant des protéines lactiques). 5.2. Incompatibilités: Pas applicable. 5.3. Nature et contenu de l'emballage: SYMBICORT forte Turbohaler 320/9 microgr./dose est un inhalateur multidose à poudre actionné par le flux inspiratoire. L'inhalateur est blanc avec une roue cannelée rouge. L'inhalateur se compose d'éléments en plastique (PP, PC, HDPE, LDPE, LLDPE, PBT). Chaque inhalateur contient 60 doses. Dans chaque emballage secondaire se trouvent 1, 2, 3, 10 ou 18 inhalateurs. Il est possible que ces emballages ne soient pas tous disponibles sur le marché. 5.4. Instructions pour l'utilisation et la manipulation: Aucune condition particulière. 6. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE: NV AstraZeneca SA - Rue E. Van Ophem - B-1180 Bruxelles. 7. NUMÉRO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE: SYMBICORT forte Turbohaler 320/9 microgr./dose: 624 IS 260 F 0 - 624 S 391 F 0. 8. STATUT LEGAL DE DELIVRANCE: Sur prescription médicale. 9. DATE DE PREMIERE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION: 26/08/2002. 10. DATE DE DERNIERE MISE A JOUR: Mars 2004.

La puissance dans la BPCO*



AstraZeneca
www.astrazeneca.be

* Selon le RCP Symbicort® forte

TABAC et BPCO



Dr Roger Kessler
Pneumologie
Sites Ste-Elisabeth – 2 Alice

La broncho-pneumopathie chronique obstructive « BPCO » (en Anglais « COPD ») est une maladie fréquente mais qui peut être prévenue assez facilement. Elle représente une cause essentielle de morbidité et de mortalité et son incidence est en augmentation. Parmi les décès liés au tabac, environ 25 % sont liés au cancer bronchique, 20 % à la BPCO et 15 % aux atteintes coronariennes.



La prévention de cette maladie a des implications sociales et économiques majeures.

L'élément le plus important dans la prévention et le traitement de la BPCO, selon les recommandations de GOLD, est l'arrêt du tabac : le tabac est responsable de plus de 80 % des cas de BPCO, le sevrage interrompt le déclin accéléré de la fonction respiratoire et améliore le pronostic à long terme. Les conseils et consultations favorisant la cessation tabagique en tant que prévention primaire sont très rentables (davantage que les dépistages de cancer ou les traitements préventifs tels ceux de l'HTA, l'hypercholestérolémie...)

Quel est l'effet du tabagisme sur la fonction respiratoire ?

Les études de Fletscher ont mis en évidence que le tabagisme a un effet défavorable sur l'évolution du VEMS au cours de la vie. Schématiquement, environ 15 % des fumeurs perdent de 50 à 100 ml de VEMS par an, alors que les non-fumeurs perdent environ 35 ml par an à partir de l'âge de 30 ans ; par ailleurs, le plateau (fonction respiratoire maximale) est moindre si le tabagisme a débuté assez tôt ; enfin, la durée du plateau est raccourcie chez le fumeur alors que chez le non-fumeur, la fonction respiratoire est stable entre 18 et 30 ans. (Fig.1)

Y a-t-il une différence entre hommes et femmes pour la BPCO ?

Par rapport aux hommes, les femmes semblent davantage sensibles aux effets respiratoires du tabac, en développant la BPCO plus précocement. La dégradation fonctionnelle est également plus importante pour un tabagisme donné.

Quel est l'effet de l'arrêt du tabac sur les symptômes respiratoires ?

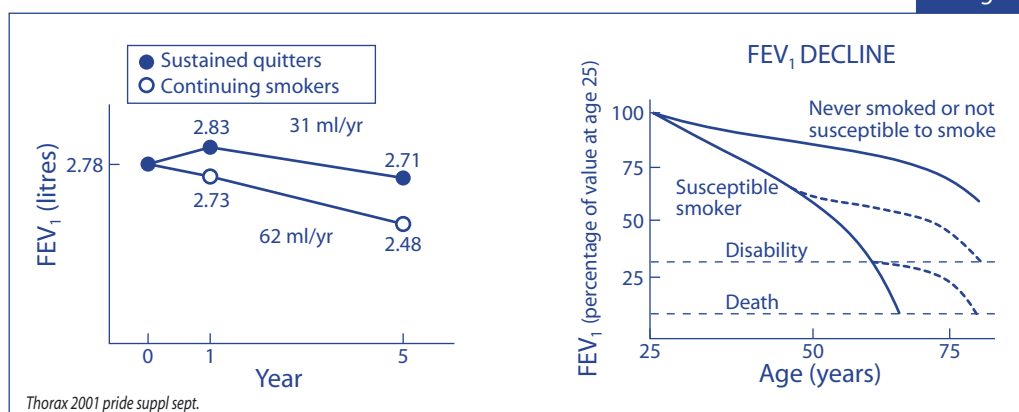
Le sevrage tabagique améliore fortement les plaintes de toux et d'expectorations. Par contre, la dyspnée n'est que faiblement améliorée.

Schématiquement, la toux et/ou les expectorations apparaissent plus tôt dans la maladie et sont liées à une hyperplasie des cellules mucosécrétantes dans les voies respiratoires centrales. Celle-ci est réversible à l'arrêt du tabac.

La dyspnée apparaît plus tardivement dans le décours de la maladie et est liée à la fibrose des bronchioles périphériques et à la perte d'attache des alvéoles, ce qui mène à un collapsus expiratoire (irréversible).

Quel est l'effet de l'arrêt du tabac sur la fonction respiratoire ?

La perte fonctionnelle respiratoire exagérée et progressive du fumeur souffrant de BPCO (environ 60 ml de VEMS par an), caractéristique physiologique essentielle du fumeur actif, est stoppée lors de l'arrêt du tabac. On peut même observer une





discrète amélioration du VEMS durant la première année après le sevrage ; par la suite, l'ex-fumeur perd environ 30 ml de VEMS par an, situation comparable à celle d'un non-fumeur. (Fig.1)

Quel est l'effet des bronchodilatateurs et corticoïdes inhalés sur la fonction respiratoire chez ces patients ?

Quatre grandes études portant sur des corticoïdes inhalés n'ont noté **aucun effet bénéfique** sur la perte exagérée de fonction respiratoire chez des patients fumeurs ; de même, les bronchodilatateurs pris régulièrement ne préviennent pas la dégradation fonctionnelle, contrairement à l'arrêt du tabac qui est la seule mesure utile afin de prévenir la dégradation progressive de la fonction pulmonaire.

La diminution (sans cessation complète) du tabagisme est-elle bénéfique « harm reduction » pour prévenir la perte fonctionnelle accélérée ?

Beaucoup de fumeurs tentent de diminuer l'impact défavorable du tabac en fumant moins ou en passant aux « light ». Il n'y pas d'évidence scientifique en faveur d'un moindre effet lié à une

réduction de la consommation tabagique. La même constatation est valable pour le risque d'infarctus, non modifié en cas de diminution du tabac mais nettement réduit après sevrage complet.

Ce paradoxe s'explique probablement par une modification de la manière de fumer. En effet, il semble que chaque cigarette soit inhalée de façon plus intense (inhalation plus profonde et apnée plus longue). Une diminution du nombre de cigarettes en y ajoutant des substituts de nicotine est une piste possible. « Passer de la cigarette au cigare » n'est pas non plus une option utile ; de plus, l'entourage du fumeur de cigares est davantage exposé que l'entourage du fumeur de cigarettes.

Définition de l'exacerbation aiguë dans la BPCO

Les patients atteints de BPCO peuvent présenter une majoration assez brutale de la dyspnée, de la toux, du volume, de la viscosité ou de la purulence des expectorations, entraînant une aggravation de leur état de santé. Ces « exacerbations » nécessitent souvent une intervention médicale urgente, sous forme d'une majoration des traitements par bronchodilatateurs, fréquemment accompagnée d'une antibiothérapie et/ou d'une brève cure de stéroïdes oraux et dans les cas plus graves, une hospitalisation (avec éventuellement une nécessité de ventilation assistée).

Quel est l'effet de l'arrêt du tabac sur la probabilité d'exacerbation de BPCO ?

L'arrêt du tabac chez les patients atteints de BPCO diminue le **risque d'hospitalisation d'environ 40 %**. La diminution du tabac (sans arrêt complet) ne diminue pas ce risque.

BÉNÉFICES DE L'ARRÊT DU TABAC

A court terme

- Diminution de la TA aux valeurs « pré-tabac » endéans les 20 minutes.
- Normalisation du taux de HbCO endéans quelques heures.
- Amélioration du goût et de l'odorat en quelques jours.
- Épargne d'argent (1500 € par an, si un paquet /jour).

A long terme

- Disparition de la toux et des expectorations en 2-3 mois.
- Diminution de moitié du risque de maladie coronarienne en 1 an.
- Retour à un risque d'AVC similaire à celui d'un non-fumeur en 5-15 ans.
- Pour un homme, le risque cumulé de décès par cancer bronchique est de 16 % jusqu'à l'âge de 75 ans chez un fumeur régulier. Si l'arrêt du tabac survient à l'âge de 60, 50, 40 ou 30 ans, ce risque (jusqu'à l'âge de 75 ans) est de 10 %, 6 %, 3 % ou 2 %.

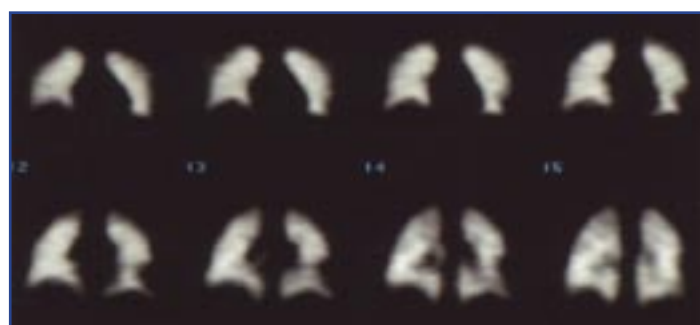
Embolie pulmonaire : à propos d'un cas



Dr Thierry Van Vyve
Pneumologie
Site St-Michel

Cas clinique

Une patiente de 36 ans consulte suite à l'apparition récente d'une douleur basithoracique gauche rythmée par la respiration, associée à une discrète dyspnée. Depuis 15 jours, elle est traitée par anti-inflammatoires non stéroïdiens pour une tendinite de la cheville droite, avec impotence fonctionnelle discrète. Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs. Par ailleurs, elle fume entre 15 et 20 cigarettes par jour. On suspecte une embolie pulmonaire. Le taux de D-Dimères est majoré à 990ng/ml et la scintigraphie pulmonaire met en évidence une embolie du segment antérobasal du lobe inférieur gauche (Fig.1). Le doppler veineux montre une thrombose veineuse poplitée gauche. Compte tenu de l'âge de la patiente, un bilan d'hémostase est également réalisé : il met en évidence une mutation à l'état hétérozygote du facteur V de Leiden.



Scintigraphie Ventilation/Perfusion ; coupes coronales.

Fig.1

DISCUSSION

Dans notre pays tout comme en Europe et aux USA, l'incidence annuelle de l'embolie pulmonaire est de 20/100 000. Il s'agit d'une cause de dyspnée brutale, potentiellement létale, qui nécessite un diagnostic et un traitement appropriés.

Etiologies

L'embolie pulmonaire se rencontre le plus fréquemment chez des patients à mobilité réduite ou présentant une maladie sous-jacente. Les facteurs de risques les plus importants sont : une chirurgie durant les 3 derniers mois, des antécédents de maladie thromboembolique ou une affection maligne. D'autres facteurs importants sont : le tabagisme, l'obésité, la contraception orale et l'hypertension. Une situation particulière, rare mais à laquelle il faut penser est « le syndrome de la classe économique » qui toucherait un passager sur 400 000 au cours d'un vol d'au moins 8 heures.

Chez les patients de moins de 45 ans, il faut toujours rechercher des anomalies de la coagulation. Les plus fréquentes sont la mutation du facteur V de Leiden, les déficiences en protéines C et S, le déficit en antithrombine III.

Clinique

La clinique est très importante dans la stratégie diagnostique de l'embolie pulmonaire et permet dès le départ de classer les patients en termes de faible probabilité clinique, probabilité clinique modérée ou forte probabilité clinique. Les signes cliniques et les symptômes de thrombose veineuse profonde, l'absence d'un autre diagnostic probable, la tachycardie, la notion d'immobilisation, les antécédents de thrombose veineuse profonde ou d'embolie, l'hémoptysie ou encore la notion d'une tumeur maligne évolutive sont des éléments importants qui font l'objet d'un score validé, le Score de Wells (Table).

Table : Score de Wells

Critère	Points
Signes cliniques et symptômes de TVP (gonflement + douleur sur le trajet veineux profond)	+3
E.P. au moins aussi probable qu'un diagnostic alternatif	+3
Fréquence cardiaque > 100/min.	+1,5
Immobilisation récente ou Opération dans les 4 semaines précédentes	+1,5
Antécédent de TVP objectivée et/ou embolie pulmonaire	+1,5
Hémoptysie	+1
Tumeur maligne (traitement en cours ou < 6 mois ou traitement palliatif)	+1
Faible probabilité clinique	< 2 points
Probabilité clinique modérée	2 à 6 points
Forte probabilité clinique	> 6 points

Stratégie diagnostique

Outre les symptômes cliniques, différentes investigations font partie de l'évaluation initiale : l'électrocardiogramme, la radiographie du thorax, la gazométrie et le dosage des D-Dimères. L'électrocardiogramme met parfois en évidence les signes de cœur droit (S1Q3). La radiographie du thorax peut orienter vers une autre pathologie, ou mettre en évidence une réaction pleurale.

La gazométrie permet d'évaluer l'importance de l'hypoxémie.

Un test de laboratoire souvent utilisé est le dosage sanguin des D-Dimères, produits de dégradation de la fibrine. Si ce dosage est négatif, il permet d'exclure une embolie pulmonaire. Malheureusement, il y a beaucoup de faux positifs puisque le taux de D-Dimères est élevé dans de nombreuses pathologies inflammatoires, sans qu'il y ait de thrombose ni d'embolie.

Deux techniques complémentaires d'imagerie médicale sont couramment utilisées pour confirmer le diagnostic d'embolie pulmonaire : la scintigraphie pulmonaire ventilation/perfusion et l'angioscanner thoracique. La scintigraphie pulmonaire est très sensible, puisqu'un examen normal permet d'exclure une embolie pulmonaire. Malheureusement, les pathologies pulmonaires, notamment la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive, rendent l'interprétation plus difficile, voire dans certains cas, impossible.

L'angioscanner thoracique (Fig. 2) utilise le Scanner Spirale et permet de diagnostiquer les embolies pulmonaires, même en cas de pathologie pulmonaire associée, et a donc une grande spécificité diagnostique. De petites embolies périphériques peuvent néanmoins ne pas être mises en évidence par cette technique.



Angioscanner montrant un thrombus du tronc de l'artère pulmonaire avec extension dans les artères pulmonaires droite et gauche.

Fig.2

Traitement

Le traitement habituel utilise les Héparines de bas poids moléculaire, avec, après 24 heures, relais progressif par un anticoagulant par voie orale. La durée du traitement est généralement de 6 mois, davantage si les facteurs de risque persistent (maladie néoplasique, embolies récidivantes, anomalies de la coagulation...).

CONCLUSION




Ce cas confirme le rôle initial de l'évaluation clinique dans la stratégie diagnostique. Il met également en lumière l'importance de l'évaluation des facteurs de risque et des anomalies de la coagulation, en particulier chez les patients âgés de moins de 45 ans. En effet, chez notre patiente, l'immobilisation, la mutation du facteur V de Leiden et le tabagisme actif ont conjointement favorisé le développement de l'embolie pulmonaire.

innohep®
tinzaparinum natrium

1x/jour

Pour le traitement des
thromboses veineuses profondes
et des embolies pulmonaires.

Seringues préremplies à usage unique

innohep® seringue 20.000 UI/ml 18.000 UI dans 0,9 ml	Poids corporel (kg)	Posologie (ml)
	100	0,90
	95	0,85
	90	0,80
	85	0,75
(10 pièces)		
innohep® seringue 20.000 UI/ml 14.000 UI dans 0,7 ml	Poids corporel (kg)	Posologie (ml)
	80	0,70
	75	0,65
	70	0,60
	65	0,55
(10 pièces)		
innohep® seringue 20.000 UI/ml 10.000 UI dans 0,5 ml	Poids corporel (kg)	Posologie (ml)
	60	0,50
	50	0,45
	40	0,35
	30	0,25
(10 pièces)		

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT: INNOHEP 2.500 U.I. anti Xa/0,25 ml, seringue. INNOHEP 3.500 U.I. anti Xa/0,35 ml, seringue. INNOHEP 4.500 U.I. anti Xa/0,45 ml, seringue. INNOHEP 10.000 U.I. anti Xa/0,5 ml, seringue. INNOHEP 14.000 U.I. anti Xa/0,7 ml, seringue. INNOHEP 18.000 U.I. anti Xa/0,9 ml, seringue. INNOHEP 20.000 U.I. anti Xa/2 ml, flacon. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE: Innohep 2.500 U.I. anti Xa/0,25 ml: tinzaparine sodique 2.500 U.I. anti Xa. Innohep 3.500 U.I. anti Xa/0,35 ml: tinzaparine sodique 3.500 U.I. anti Xa. Innohep 4.500 U.I. anti Xa/0,45 ml: tinzaparine sodique 4.500 U.I. anti Xa. Innohep 10.000 U.I. anti Xa/0,5 ml: tinzaparine sodique 10.000 U.I. anti Xa. Innohep 14.000 U.I. anti Xa/0,7 ml: tinzaparine sodique 14.000 U.I. anti Xa. Innohep 18.000 U.I. anti Xa/0,9 ml: tinzaparine sodique 18.000 U.I. anti Xa. Innohep 20.000 U.I. anti Xa/2 ml: tinzaparine sodique 20.000 U.I. anti Xa. Activité anti Xa 65 U.I./mg. FORMES PHARMACEUTIQUES: Innohep 2.500 U.I. anti Xa/0,25 ml: seringues 414 IS 45 F 12. Innohep 3.500 U.I. anti Xa/0,35 ml: seringues 414 IS 46 F 12. Innohep 4.500 U.I. anti Xa/0,45 ml: seringues 414 IS 47 F 12. Innohep 10.000 U.I. anti Xa/0,5 ml: seringues 414 IS 48 F 12. Innohep 14.000 U.I. anti Xa/0,7 ml: seringues 414 IS 49 F 12. Innohep 18.000 U.I. anti Xa/0,9 ml: seringues 414 IS 50 F 12. Innohep 20.000 U.I. anti Xa/2 ml: seringues 414 IS 55 F 12. Injection par voie sous-cutanée. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES: • Traitement prophylactique des thrombo-embolies d'origine veineuse en chirurgie générale et orthopédique. • Traitement des thromboses veineuses et de thrombo-embolies dont la thrombose veineuse profonde et le traitement des patients souffrant d'embolie pulmonaire moyennement sévère qui ne peuvent pas être traités par thrombolyse, embolectomie et/ou filtre vena cava. • Prévenir la formation de caillots sanguins dans les lignes intraveineuses entrantes en cas de circulation sanguine extracorporelle et d'hémodialyse. DOSAGE ET MODE D'ADMINISTRATION: Traitement prophylactique des thrombo-embolies d'origine veineuse en cas de chirurgie générale. La posologie journalière usuelle est de 50 U.I. anti Xa/kg de poids corporel par voie S.C. administré généralement 2 h. avant l'opération et après, 1 x / 24 h jusqu'à ce que le patient soit ambulatoire pendant 7 à 10 jours. Traitement prophylactique des thrombo-embolies d'origine veineuse en cas de chirurgie orthopédique. La posologie journalière usuelle est de 50 U.I. anti Xa/kg de poids corporel par voie S.C. administré généralement 2 h. avant l'opération et après, 1 x / 24 h jusqu'à ce que le patient soit ambulatoire pendant 7 à 10 jours. Comme alternative une dose fixe de 4500 UI anti Xa peut être administrée 12h avant l'intervention orthopédique et après 1 x / 24 H. Traitement curatif des thromboses veineuses profondes et d'embolies pulmonaires moyennement sévères. La posologie usuelle est de 175 U.I. anti Xa/kg de poids corporel, 1x / jour, administrée par injection sous-cutanée. Mode d'emploi: L'injection sous-cutanée se fera de préférence alors que le patient est en décubitus. Technique de l'injection: Injecter dans le tissu cellulaire sous-cutané de la ceinture abdominale antérolatérale ou postéro latérale, en alternance du côté droit et du côté gauche. L'injection se fera par introduction verticale de l'aiguille sur sa longueur totale, dans le pli formé entre le pouce et l'index du prestataire de soins. Ce pli doit être maintenu pendant le temps de l'injection. Utilisation en hémodialyse: Au début de la dialyse, Innohep est administré sous forme de bolus dans la ligne artérielle du circuit extracorporel (ou chez le patient par la voie veineuse). L'optimisation de la dose est exigée pour chaque patient et sera définie de manière individuelle en tenant compte des caractéristiques du patient et des conditions techniques de dialyse. Dose de départ conseillée: bolus de 4500 UI anti Xa. Optimisation de la dose: - en cas d'anticoagulant insuffisant (formation de caillots dans la chambre à air veineuse) la dose bolus pour les dialyses suivantes peut être augmentée de 500 UI anti Xa par dialyse et ce jusqu'à ce que la dose adéquate soit atteinte. - En cas de saignement prolongé au niveau de la canule la dose bolus pour les dialyses suivantes peut être diminuée de 500 UI anti Xa par dialyse et ce jusqu'à ce que la dose adéquate soit atteinte. Lorsque le schéma mentionné ci-dessus est suivi, l'addition d'un anticoagulant à la solution saline ne sera pas requise lors du rinçage préalable du circuit de dialyse. CONTRE-INDICATIONS: • Hypersensibilité à la tinzaparine ou à l'un des excipients. • Thrombocytopénie chez des patients avec un test d'agrégation plaquettaire positif in vitro avec Innohep. • Tendance générale ou locale aux hémorragies, parmi lesquelles: - Hypertension grave non contrôlée. - Insuffisance hépatique sévère. - Endocardite septique aiguë ou subaiguë. - Hémorragie intracranienne. - Hémorragie rétinienne. - Lésions et interventions au niveau du système nerveux central, des yeux et des oreilles. - Femmes avec avortus imminents. - Ulcère gastro-intestinal évolutif. • Surtout chez les patients traités par l'héparine, l'anesthésie locorégionale en cas d'intervention chirurgicale électorale est contre-indiquée. EFFETS INDÉSIRABLES: très fréquent >1/10, fréquent >1/100 et <1/10, peu fréquent >1/1000 et <1/100, rare >1/10000 et <1/1000, très rare <1/10000. Les effets secondaires les plus fréquents sont les hémorragies, une hausse réversible des enzymes hépatiques, une thrombocytopénie réversible et diverses réactions cutanées. Réactions allergiques, nécrose de la peau et priapisme. Basé sur les résultats d'études cliniques sur environ 6000 patients, des réactions locales, après administration sous-cutanée, telles qu'irritation, douleur, hématomes et ecchymoses ont été observées chez environ 16% des patients. Le risque total d'hémorragies était d'environ 10%, tandis que le risque d'hémorragies graves était d'environ 0,8%. Une hausse réversible des enzymes hépatiques a été constatée chez 8% des patients et une thrombocytopénie réversible chez environ 1% des patients, thrombocytopénie grave chez 0,13%. Affections des vaisseaux sanguins: Hémorragies. Complications hémorragiques, avec influence possible sur les organes, peuvent survenir et surtout lors de l'administration de fortes doses. Désordres des systèmes sanguin et lymphatique: Thrombocytopénie. Une thrombocytopénie induite par l'héparine (HIT) probablement d'origine immuno-allergique, peut survenir. Troubles hépatiques et biliaires: Élévation des transaminases, gamma-GT, LDH et lipases. Celles-ci sont réversibles à l'arrêt du traitement. Troubles généraux et troubles au niveau du site d'injection: Réaction au niveau du site d'injection. Une irritation locale peut survenir au niveau du site d'injection. Troubles du système immunitaire: Réactions allergiques comme érythème, asthme bronchique, fièvre, collapsus, spasmes vasculaires. Angio-œdème. Quelques cas de réactions anaphylactiques ont été rapportés. Affections de la peau et des tissus sous-cutanés: Rash. Urticaire. Prurit. Nécrose cutanée. Différents types de rash tels le rash érythémateux et le rash maculopapulaire ont été signalés. Troubles de l'appareil reproducteur et de la prostate: Priapisme. Quelques cas de priapisme ont été rapportés. Effets de classe, considérés d'application pour tous les produits de ce groupe: - Hypoaldostérisme, associé à de l'hypokaliémie et à une acidose métabolique (surtout chez les patients avec une fonction rénale réduite et un diabète sucré) peut survenir avec les héparines de bas poids moléculaire. - Perte passagère de cheveux et ostéoporose ont été signalées suite à un traitement avec des héparines non-fractionnées. - De rare cas d'hématomes intra-rachidiens ont été rapportés suite à l'utilisation simultanée d'héparines de bas poids moléculaire, et d'anesthésie rachidiennne/épidurale, de ponction médullaire ou de cathéter à demeure après une opération. Ces hématomes ont provoqué des lésions neurologiques à des degrés divers, parmi lesquels une paralysie prolongée ou permanente (voir rubrique 4.4). TITULAIRE DE L'ENREGISTREMENT: LEO PHARMA N.V./S.A., Sneeuwbeslaan 20, B-2610 Wilrijk. MODE DE DELIVRANCE: Sur prescription médicale. DATE DE LA DERNIERE REVISION DU TEXTE/APPORATION DE RCP: Date de la dernière approbation de la RCP : 3 novembre 2003.

Les complications neurologiques du tabagisme



Dr Bart Vandersmissen

Dr Isabelle Capron

Neurologie

Site St-Michel

Les principaux problèmes neurologiques associés au tabagisme sont des complications vasculaires.

En dehors de celles-ci et plus rarement, des pathologies neurologiques secondaires à une atteinte d'un autre système peuvent être rencontrées, telles que des métastases ou un syndrome neurologique paraneoplasique associé à un cancer pulmonaire.

Le groupe des maladies neurologiques vasculaires est large et contient des problèmes veineux et artériels. Les complications artérielles peuvent encore être divisées en pathologies ischémiques et hémorragiques.

Dans ces différentes pathologies, le tabagisme joue le rôle d'un facteur de risque souvent en association avec d'autres facteurs tels l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète, l'éthylisme, des troubles de coagulation, des facteurs hormonaux, la sédentarité, en dehors de facteurs intrinsèques génétiques et liés à l'âge et au sexe du patient. Même s'il ne s'agit que d'un seul facteur de risque, le tabagisme est une cible importante dans la prévention, vu l'importance des complications décrites en ce qui concerne le pronostic vital, le pronostic fonctionnel et l'enjeu économique qui en découle.

Pathologies artérielles ischémiques

Dans le groupe des AVC ischémiques, se retrouvent les pathologies des larges artères extra- et intracrâniennes (carotides et vertébrales, avec leurs grandes branches), celles des petites artères intracrâniennes et les pathologies emboligènes. Pour l'ensemble des AVC ischémiques, le tabagisme, en particulier la consommation de cigarettes, double le risque (risque relatif 2,0). L'influence des cigares et de la pipe n'a pas encore été étudiée.

Dans la pathologie des larges artères, le rôle du tabagisme est clairement démontré et se manifeste par une augmentation de l'athéromatose et de son précurseur, l'hyperplasie intimale. L'importance de celle-ci correspond à la durée et l'intensité du tabagisme et n'est que

partiellement réversible après l'arrêt de celui-ci. Les mécanismes par lesquels le tabac agit sur la paroi des grandes artères sont multiples : dysfonction des muscles lisses et de la capacité vasodilatatoire (réversible), dysfonction endothéliale sur le stress oxydatif (partiellement irréversible), modification de la perméabilité de la média, etc.

La pathologie des petites artères intracrâniennes se traduit par des AVC lacunaires et dans ce cas, l'influence du tabac est moins claire. Pour ce type d'AVC, l'hypertension artérielle est clairement le

facteur de risque primordial. Cependant, le tabagisme pourrait, par son effet négatif sur la fonction endothéliale, entraîner des complications également à ce niveau. Souvent, on retrouve une combinaison d'atteinte des deux groupes d'artères.

Les AVC d'origine emboligène peuvent être d'origine carotidienne ou aortique (par l'athéromatose) ou cardiaque (secondaire à un trouble du rythme, un thrombus intra-cavitaire ou des endocardites). Pour chacune de ces pathologies, le rôle du tabagisme est clairement déterminé.

Pathologies artérielles hémorragiques

Dans le groupe des AVC hémorragiques, le tabagisme (et l'hypertension artérielle) est un facteur favorisant les hémorragies sous-arachnoïdiennes, provoquées par la rupture d'un anévrisme. Dans l'hémorragie intra-parenchymateuse, provoquée par une lipohyalinose des petites artères, l'hypertension artérielle joue un rôle majeur mais le rôle du tabagisme n'est pas clair.

Pathologies veineuses : thrombose veineuse des sinus

Dans la thrombose veineuse des sinus, le tabagisme est un facteur de risque majeur souvent associé à d'autres, comme des facteurs hormonaux, des facteurs locaux (néoplasiques, infectieux) ou généraux (néoplasiques, infectieuses, coagulopathie). Parfois, il est le seul facteur identifié et l'arrêt est toujours indispensable en prévention secondaire.

CONCLUSION

Le tabagisme, en particulier la consommation de cigarettes, est clairement un facteur de risque majeur pour plusieurs manifestations neurologiques comme l'AVC ischémique sur pathologie des grandes artères, l'hémorragie sous-arachnoïdienne sur rupture d'anévrisme et la thrombose veineuse cérébrale.

Pour d'autres pathologies comme l'AVC lacunaire et l'hémorragie intraparenchymateuse, son rôle n'est pas clairement établi. Afin d'obtenir une prévention primaire et secondaire optimale de toutes ces pathologies vasculaires, l'arrêt du tabagisme est toujours indispensable.

Cancers et tabac



Dr Dominique Verhulst
Oncologie - Hématologie
Sites Ste-Elisabeth – 2 Alice

Même si le lien entre cancer et tabac est connu depuis plus de quarante ans, on ignore généralement l'amplitude de cette association et la diversité des affections générées.

Une étude de statisticiens renommés dans le monde de l'oncologie a établi que 75 à 80 % des cancers dans le monde occidental pourraient être évités et proviendraient de facteurs maîtrisables, incluant la consommation de tabac et d'alcool, l'activité physique, de facteurs biologiques (le poids de naissance, l'âge de la puberté, la gravidité) et de facteurs professionnels et environnementaux.

Dans cette perspective, le tabac se situe en première position, responsable de 30 % des décès dus au cancer, avec, comme le grand public le sait pourtant bien, le cancer bronchique en tête de file ; le tabac y est incriminé dans 75 à 85 % des cas.

Si l'introduction des filtres a pu avoir un rôle positif, la consommation de cigarettes dites légères n'a pas réduit le risque de cancer probablement par le biais d'une consommation plus importante ou d'une inhalation plus profonde ; ce dernier facteur a pu également jouer un rôle dans l'augmentation de la proportion d'adénocarcinomes par rapport aux carcinomes épidermoïdes.

Le spectre de ces cancers liés au tabac est néanmoins beaucoup plus large. On considère que le tabac joue un rôle important (il fait au moins doubler le risque relatif) dans les cancers du poumon, de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, de la vessie, du rein et du

pancréas. Une augmentation du risque moins marquée mais réelle est connue pour la leucémie et les cancers du colon, de l'estomac et du col utérin. Enfin, un lien est probable mais pas démontré avec les cancers de la prostate et du foie. Cette augmentation du risque est dose-dépendante, tributaire du nombre de cigarettes fumées, de la profondeur de l'inhalation et de la durée du tabagisme ; l'exposition environnementale à la fumée du tabac augmente également le risque.

Le mécanisme par lequel le tabac induit la cancérisation est de mieux en mieux

connu au niveau moléculaire. Il implique entre autres des oncogènes et des gènes suppresseurs de tumeur ; les mécanismes de la carcinogenèse chimique font appel à des gènes responsables de l'activation ou de la détoxification des carcinogènes, ainsi qu'à des gènes de réparation de l'ADN ; ceci permettra vraisemblablement d'établir les mécanismes de susceptibilité génétique, expliquant pourquoi l'exposition aux mêmes agents conduit à la carcinogenèse chez certains individus et pas chez d'autres. Aucun de ces progrès récents n'a actuellement d'application pratique ; en particulier, on est encore loin de pouvoir isoler un groupe d'individus qui pourraient, du fait de leur profil génétique, « fumer en toute sécurité »...

Même après l'apparition du cancer, le tabac continue à jouer un rôle négatif ; la poursuite du tabagisme réduit entre autres la survie des patients traités pour un cancer bronchique localisé par rapport à ceux qui ont arrêté au moment du diagnostic.

Alors que chaque nouveau traitement anticancéreux n'apporte souvent, après des années de développement, qu'un bénéfice certes réel mais limité et coûteux, bannir le tabac de la surface de la planète apparaît clairement comme le moyen le plus sûr de réduire de façon majeure la mortalité par cancer.

La grossesse et le tabac : un cocktail délétère !



Dr Pierre Nys
Tabacologie
Sites Ste-Elisabeth – 2 Alice – St-Michel

1. Épidémiologie

La grossesse est un moment privilégié pour aider la femme dans sa démarche de cessation tabagique.

En Belgique	%
Femmes fumant durant leur grossesse	22 %
Femmes enceintes qui font une tentative d'arrêt	50 %
Femmes arrêtant ou diminuant leur consommation durant la grossesse	30 %
Femmes très dépendantes (Fagerström 7/10) arrêtent la cigarette pendant leur grossesse. Or ce sont elles qui présentent le plus grand nombre de facteurs de risque associés	9 %

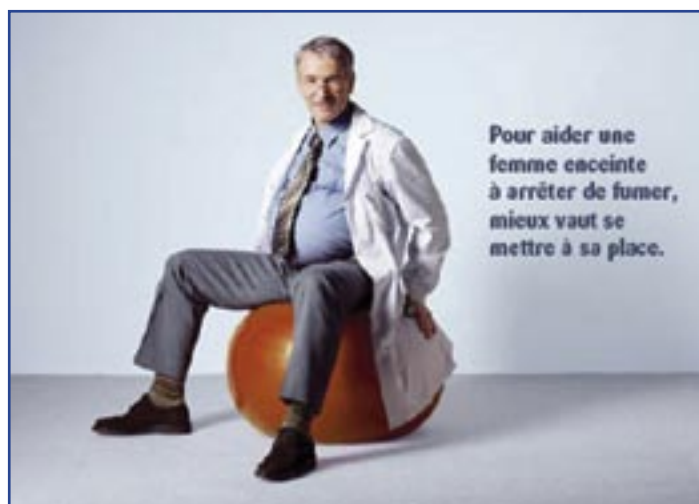
2. Actions du tabac inhalé

Dès avant la conception, le tabagisme fait des ravages au sein du couple. En effet, le délai d'obtention d'une grossesse est souvent plus long. La femme a 3 fois plus de malchance d'attendre un an avant d'être enceinte. Lors des techniques de procréation médicalement assistée, les chances de réimplantation, chez la femme fumeuse, sont diminuées de plus de deux fois par rapport aux femmes non-fumeuses.

En début de grossesse, un risque accru de grossesse extra-utérine et de fausse-couche est observé. Ce risque est dose-dépendant, tout comme le risque d'insertion basse du placenta, avec tous les problèmes inhérents à celui-ci (risque relatif : 2-3).

En fin de grossesse, l'apparition d'un hématome rétro-placentaire est aussi plus fréquente chez la femme fumeuse (20 % en seraient directement imputables au tabagisme). Enfin, le tabagisme maternel augmente le risque de mortalité périnatale. Il est responsable de (7,5 %) morts in utero et de (4 %) morts néonatales.

L'inhalation de la fumée de cigarette entraîne chez la femme enceinte une tachycardie réflexe dans les 15 minutes et une



Avec l'aimable autorisation du FARES.

hypo-réactivité fœtale.

Parallèlement, le doppler ombilical montre une diminution de la perfusion fœtale.

Le tabagisme passif est à lui seul responsable d'une diminution du poids de naissance de l'ordre de 100 grammes. Le tabagisme actif est responsable d'un retard de croissance intra-utérin et d'une diminution du poids de naissance. Ces bébés présentent en moyenne un poids inférieur de l'ordre de 450 grammes par rapport à ceux de femmes non-fumeuses. La perte pondérale attribuée au tabac peut même atteindre 700 grammes.

Certains intervenants de santé permettent à la future mère de fumer 5 cigarettes par jour afin de réduire « le stress de la patiente ». C'est ne pas tenir compte du fait que la patiente modifie alors sa façon de fumer. Elle « tire » plus fort, aspire la fumée « à grands poumons » et va parfois jusqu'à bloquer sa respiration. Ces mécanismes lui permettent d'obtenir « sa » dose de nicotine. Cet ajustement inconscient de la nicotémie entraîne, dans l'air expiré, une majoration objectivable des taux de monoxyde de carbone (CO), grand responsable du retard de croissance intra-utérin.

3. Le rôle particulier du CO

L'hémoglobine a une affinité pour le CO 200 fois supérieure à celle de l'oxygène. Par ailleurs, la demi-vie de la carboxyhémoglobine dans le sang maternel est de 4 à 6 heures. La présence de CO modifie la courbe de dissociation de l'hémoglobine vers la gauche et diminue dès lors la libération

de l'oxygène au niveau tissulaire. C'est ainsi qu'apparaît une hypoxie qui devient... chronique. Le CO passe la barrière hémato-placentaire. La carboxyhémoglobine fœtale est jusqu'à 10 à 15 % plus élevée que chez la mère.

Mesure en ppm du CO dans l'air expiré	ppm
Pas d'intoxication	< 6 ppm
Intoxication légère : <i>Tabagisme passif - Tabagisme actif peu important - Pollution domestique ou atmosphérique</i>	6-10 ppm
Intoxication importante : <i>Tabagisme actif important - Pollution domestique ou industrielle importante</i>	11-30 ppm
Intoxication très importante : <i>Tabagisme actif très important - Pollution domestique ou industrielle très importante</i>	> 31 ppm

De plus amples informations sont disponibles sur le site : www.grossessesanstabac.be ou sur la ligne Tabac-Stop 0800/11100.

Cotinine urinaire



Dr Brigitte Claeys
Biologie médicale
Site St-Michel

Le dosage de la cotinine urinaire (métabolite majeur de la nicotine) est un indicateur sensible, reproductible, spécifique et non invasif du tabagisme, par ailleurs bien corrélé à l'importance de l'exposition à la nicotine.

La longue demi-vie de la cotinine (15 à 35h pour la cotinine ; 2h pour la nicotine) et sa concentration urinaire élevée font du dosage de la cotinine urinaire le marqueur biologique de choix pour estimer un comportement de fumeur actif, pour valider un arrêt du tabagisme ou évaluer l'exposition passive à la fumée du tabac.

Le laboratoire effectue le dosage urinaire des métabolites de la nicotine par technique immuno-enzymatique utilisant un anticorps polyclonal anti-cotinine. Ce dosage ne présente pas

En pratique... Que faire ?

Il est indispensable que les divers intervenants, gynécologues, médecins généralistes, sages femmes, puissent non seulement prodiguer des conseils appropriés mais aussi réaliser de façon systématique une mesure ambulatoire du CO dans l'air expiré par la femme enceinte.

Cette mesure (dé) montre à la femme enceinte les conséquences, très souvent méconnues, de l'inhalation de la fumée de cigarette sur sa santé et... celle du fœtus.

Elle ne peut donc plus rester dans l'ignorance de la dangerosité du tabac pour elle et son enfant. Loin de vouloir la culpabiliser, mais dans l'optique de la conscientiser, tous les intervenant se positionnent dès lors comme des acteurs de la santé compétents pour l'aider dans sa démarche de cessation tabagique.

Une nouvelle législation relative au remboursement forfaitaire de la prise en charge du tabagisme de la femme enceinte et de son partenaire est parue au Moniteur Belge.

de réactivité croisée avec d'autres substances naturelles ou thérapeutiques éventuellement présentes.

Leur présence au delà du seuil de 50 ng/ml indique un tabagisme passif, actif ou un traitement de substitution.

Seuils décisionnels :

- < 50 ng/ml : non fumeur.
- 50 - 500 ng/ml : tabagisme passif.
- 100 - 20 000 et plus ng/ml : selon le degré de tabagisme actif.

Il est habituel de tenir compte du pH urinaire (un pH alcalin augmente la réabsorption tubulaire et diminue ainsi l'élimination urinaire).

L'importance de la dilution urinaire est mesurée par le dosage de la créatinine urinaire. Le rapport cotinine sur créatinine exprimé en ng/mg est utile pour le suivi du patient, ce rapport diminuant au fur et à mesure du poursuivi de l'abstinence tabagique.

EN PRATIQUE :

- un simple échantillon d'urine ;
- le dosage de la cotinine n'étant pas repris à la nomenclature, une somme forfaitaire est demandée au patient.

Les épreuves fonctionnelles respiratoires



Les E.F.R regroupent l'ensemble des explorations permettant de mesurer les variables quantifiables de la fonction respiratoire.

Cependant, elles ne remplacent ni l'anamnèse, ni l'examen clinique pour poser le diagnostic. Elles représentent un complément indispensable tels d'autres examens paracliniques.

1. Indications

- Diagnostic du type d'anomalie ventilatoire (obstructive-restrictive) quand on suspecte une maladie respiratoire en raison de signes cliniques.
- Qualification de la sévérité des anomalies fonctionnelles pour évaluer le handicap et le pronostic et guidance de la thérapeutique.
- Surveillance de l'efficacité de mesures préventives ou thérapeutiques.
- Suivi du retentissement respiratoire de diverses conditions environnementales ou de traitement potentiellement toxique pour l'appareil respiratoire.
- Evaluation pré-opératoire en vue de l'appréciation du risque de complications respiratoires lors d'interventions affectant la fonction pulmonaire.

2. Quelques volumes mesurés

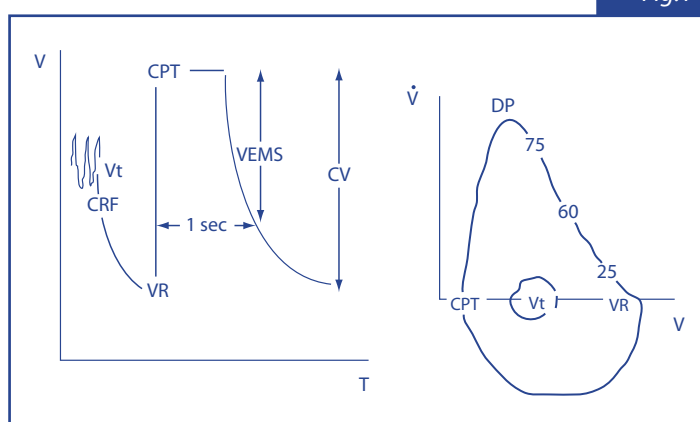
Le volume pulmonaire varie constamment, discrètement, pendant la respiration calme : cette variation est appelée le VOLUME COURANT. Il est impossible de vider complètement ses poumons, même après une expiration profonde. La mesure du volume restant dans les poumons est appelée le VOLUME RESIDUEL (VR).

Quand ce volume est connu, il est possible de quantifier tous les autres paramètres : la CAPACITE PULMONAIRE TOTALE (TLC) ; la CAPACITE RESIDUELLE FONCTIONNELLE (FRC) ; le plus grand volume que l'on puisse déplacer, c'est à dire de TLC à VR ou,

la CAPACITE VITALE (CV) ; le VOLUME EXPIRATOIRE MAXIMAL/SECONDE (VEMS), mesure du volume maximal auquel un sujet est capable d'expulser l'air de ses poumons sur une seconde.

Variables mesurées

2.1 Les volumes pulmonaires

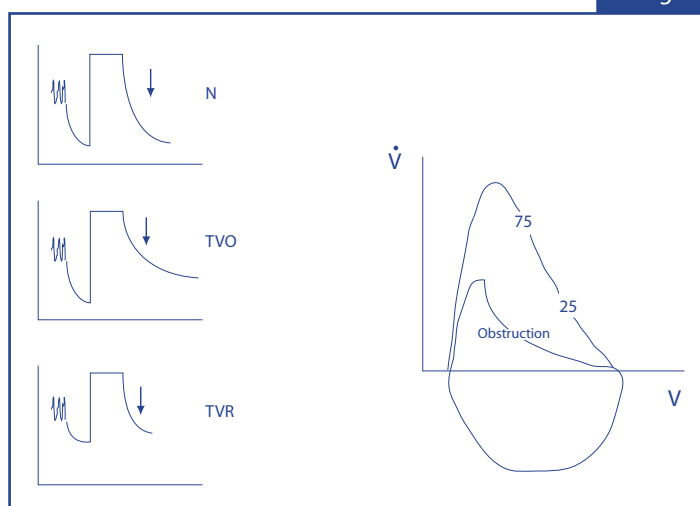


Spirogramme et courbe débit volume normale.

Volumes mobilisables (mesurés par spirométrie) : capacité vitale lente et forcée (CVL et CVF), ventilation maximale/minute, volume courant, volume de réserve respiratoire et expiratoire.

Volumes non mobilisables (mesurés par pléthysmographie) : capacité résiduelle fonctionnelle (CFR), volume résiduel (VR). La somme $CV + VR = CPT$.

2.2 Les débits ventilatoires forcés



Exemples de fonction normale (N), de trouble ventilatoire obstructif (TVO) et restrictif (TVR).



Les débits expiratoires et inspiratoires sont mesurés sur des courbes « débit-volume » en expiration et inspiration forcées : CV, VEMS, VIMS, DPC (débit de pointe) et les débits maximaux intermédiaires expiratoires évaluant 25 % - 50 % - 75 % de la CV (DEM 25-50-75).

2.3 La diffusion pulmonaire

C'est le transfert gazeux au travers de la membrane alvéolo-capillaire vers le sang.

Elle dépend de :

- surface et épaisseur de la membrane ;
- qualité de la vascularisation ;
- taux de l'hémoglobine.

2.4 Résistance des voies aériennes

RAW : différence de pression/débit : la différence de pressions est mesurée entre la bouche et les alvéoles.

3. A partir de quel âge les EFR peuvent-elles être réalisées ?

En général, des EFR statiques et dynamiques peuvent être réalisées à partir de l'âge de 8-9 ans. Mais avec un entraînement régulier et fréquent (comme chez l'asthmatique) les EFR sont réalisables dès 5-6 ans.

4. Aspects techniques et pratiques de l'EFR

La coopération du patient au cours de cet examen est très importante.

Les EFR consistent à souffler le plus vite et le plus fort possible à travers un embout buccal. Pendant cette expiration forcée, l'appareil mesure un certain nombre de paramètres. Les mesures sont effectuées dans des conditions standards de température et de pression.

Les valeurs théoriques tiennent compte de quatre paramètres, la taille, le poids, l'âge et le sexe du patient.

La pièce buccale reliée à l'appareil est changée pour chaque patient. Elle fait l'objet, avant son utilisation, d'une stérilisation complète conformément aux normes d'hygiène et de sécurité imposées pour éviter tout risque de contamination.

Par ailleurs, ce type d'examen n'est pas pratiqué chez les patients présentant une maladie infectieuse contagieuse connue.

L'examen de base se réalise en 3 phases (débit, volume, diffusion).

En fonction des résultats et de la clinique du patient (anamnèse), l'examineur peut également pratiquer une bronchodilatation et/ou un test de provocation. Ce sont des examens simples, indolores qui prennent environ 30 minutes.

5. Comment réaliser l'examen le plus fiable ?

La précision et la reproductibilité des mesures obtenues dépendent de la coopération du patient, de sa motivation, de sa compréhension et... de la capacité de persuasion du technicien !

Un total de trois essais est habituellement suffisant. Une marge d'erreur maximale de 5 % entre les deux meilleurs essais est tolérée.

CONCLUSION

Pour permettre la prévention et le traitement des altérations des voies aériennes, l'examen de la fonction respiratoire est une étape essentielle de la consultation en pneumologie.

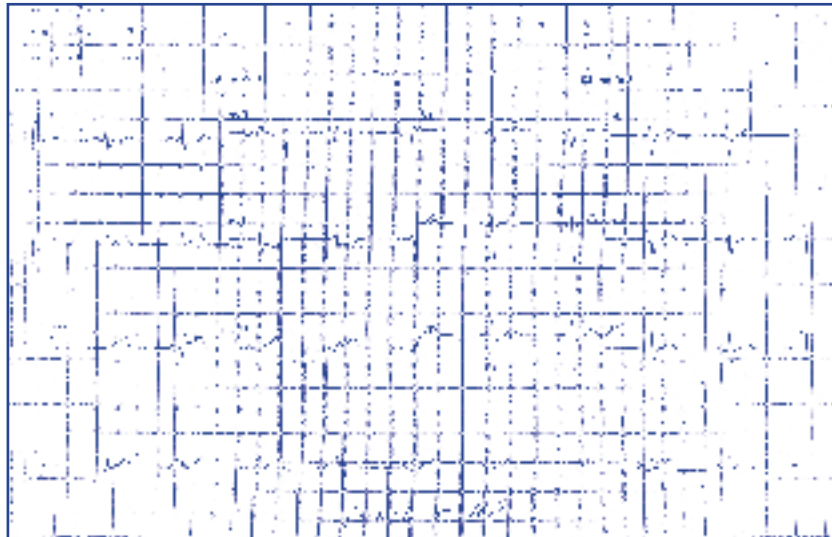
Cet examen est également recommandé lorsqu'une intervention chirurgicale risque de compromettre la fonction respiratoire ou chez tout autre patient à risque.

M. Abdel Kasmi – Dr Ronny Roelants
Dr Roger Kessler – Dr Baret Sivacyan
Sites Ste-Elisabeth – 2 Alice

Un tueur sournois



Dr Bernard Deruyter
Cardiologie
Sites Ste-Elisabeth – 2 Alice



Mme. V.B., 48 ans, est amenée un soir à la Salle d'Urgences par le SAMU. Elle a présenté une douleur thoracique, rétrosternale et constrictive, ayant duré plus de 3 heures.

A l'admission, la douleur a disparu depuis quelques minutes, suite au traitement administré par le Médecin SAMU (Cédocard SL, Aspirine et une Héparine de bas poids moléculaire).

Elle n'a aucun antécédent médical ou chirurgical. Elle n'a jamais été hospitalisée hormis pour la naissance de ses 2 enfants. Elle ne prend d'ordinaire aucun médicament. On ne lui a jamais trouvé d'HTA, ni de dyslipidémie.

Elle n'est pas diabétique et n'a jamais fumé. Ses parents sont en bonne santé et il n'existe pas d'histoire familiale de maladie coronaire. Elle n'est pas obèse.

Elle ne pratique pas d'activité sportive mais a une occupation professionnelle physiquement assez lourde ; elle est plutôt active. C'est la première fois qu'elle ressent cette douleur, laquelle est survenue brutalement, au repos, irradiant jusque dans la gorge.

Examen clinique

- Patiente en bon état général, eupnéique et un peu pâle mais les muqueuses sont bien colorées. Conscience et orientation normales.
- Tension artérielle stable 120/75. Fréquence cardiaque 95 par minute. Les jugulaires sont normales, les poumons sont clairs. L'auscultation cardiaque est normale.

Electrocardiogramme à l'admission

Rythme sinusal régulier 98''. Surélévation suspecte du segment ST en V1 et V2 avec sous-décalage discret dans les dérivations inférieures.

Biologie à l'admission

Normale à l'admission, hormis la Troponine T mesurée à 1.51 ng/ml (nl : < 0.01).

Prise en charge et traitement

Au vu des modifications ECG associées à une douleur thoracique typique, le diagnostic d'insuffisance coronaire instable est posé et la patiente hospitalisée sous surveillance télémétrique dans le service de cardiologie avec le traitement classique (cédocard IV, bêta-bloquant, aspirine, héparine de bas poids moléculaire).

Evolution

La patiente restera stable et ne présentera pas de récurrence de plainte thoracique. L'évolution biologique montrera une hausse de la troponine T à 1.51 ng/ml avec CK à 410 U/l (MB 17 %).

Le diagnostic d'**infarctus myocardique inaugural** est alors posé.

Une **coronarographie** est réalisée : maladie de 1 vaisseau avec lésion sténosante à 90 % de l'IVA englobant l'ostium de la 1^{ère} Diagonale. Traitement : mise en place d'un long Stent dans l'IVA et angioplastie de la Diagonale ostiale. Le résultat est excellent.

Discussion

Une maladie athéromateuse coronaire évolutive avec infarctus inaugural chez un patient de moins de 50 ans ne présentant aucun facteur de risque, a fortiori chez une femme, a intrigué l'équipe soignante. L'anamnèse et les anciennes biologies (paramètres lipidiques et glycémiques) ont été revues.

Une hypothèse importante est apparue lorsque la patiente nous a décrit son environnement de vie.

Son mari est un gros fumeur (+ de 40 cigarettes par jour) et ses 2 enfants, également fumeurs, partagent son appartement.

Sans certitude absolue mais avec une probabilité importante, le **tabagisme passif** est retenu comme facteur de risque au développement des lésions coronaires de cette patiente.

Le tabagisme passif et le risque de maladie cardiovasculaire

Un grand nombre d'études existent sur le tabagisme (actif et passif) et ses effets désastreux sur le système cardiovasculaire. Le tabagisme est une des causes principales des maladies cardiovasculaires, premier tueur dans les pays développés. L'étude des maladies cardiovasculaires en relation avec le tabagisme comprend la maladie coronarienne, l'infarctus du myocarde fatal et non-fatal, la maladie coronarienne ischémique, la maladie cardiaque hypertensive, l'accident vasculaire cérébral et autres maladies circulatoires. Le tabagisme est incriminé dans l'hypertension précoce, produit des changements défavorables dans le bilan lipidique et diminue l'efficacité du traitement hypotenseur.

Tabagisme passif

Les risques pour la santé du fumeur passif ont été étudiés depuis plusieurs décennies mais l'attention était d'abord centrée sur le risque de cancer du poumon et l'irritation respiratoire aiguë. Cependant, plusieurs études ont porté sur les effets cardiovasculaires chez le fumeur passif.

Un examen de 6 études sur les risques cardiovasculaires et l'exposition environnementale à la fumée de cigarettes chez des sujets mâles et de 9 autres études chez les femmes exposées à la fumée de tabac montrait un risque majoré de 30 % de mourir d'une coronaropathie, tandis qu'une étude sur les deux sexes ensemble indiquait un risque 2 fois plus élevé. Dans l'ensemble, le risque relatif de mortalité par insuffisance cardiaque congestive attribuable à l'exposition à la fumée était de 1,3 (augmentation du facteur de risque de 30 %). Sur 10 études examinées, 4 montrent une relation dose-effet entre le niveau d'exposition et le degré de risque.

En 1999, dans une méta-analyse canadienne chez les fumeurs passifs, environ 8 % de la population adulte (âgée de 25 ans et plus) étaient des fumeurs passifs. Bien que les fumeurs actifs hommes (âgés de 25 ans et plus) avaient un pourcentage plus élevé (26 %) que les femmes (22 %), les pourcentages des hommes et des femmes exposés à la fumée de cigarettes à la maison étaient sensiblement les mêmes (7 % de tous les hommes et 8 % de toutes les femmes âgés de 25 ans et plus).

De nouvelles lois limitent l'exposition à la fumée de tabac environnementale. Cependant, il est clair que de nombreuses personnes demeurent encore exposées à celle-ci, soit à la maison ou au travail, s'exposant ainsi à certains risques qui pourraient être évités.

Le tabagisme nuit au cœur et aux vaisseaux sanguins

La nicotine et le monoxyde de carbone de la fumée de tabac ont plusieurs effets néfastes sur le système cardiovasculaire. La nicotine a tendance à augmenter les battements de cœur et, par conséquent, le cœur travaille plus fort, augmentant ainsi la demande en oxygène.

Le monoxyde de carbone diminue le volume d'oxygène dans le sang, obligeant le cœur à battre plus vite.

Un cercle vicieux s'installe, renforcé continuellement à chaque inhalation de fumée de tabac.

Le tabagisme cause un rétrécissement des vaisseaux sanguins, ce qui augmente la pression artérielle. La nicotine peut accélérer l'accumulation de dépôts à l'intérieur des artères, diminuant ainsi le flot sanguin et favorisant le développement de l'athérosclérose.

Le tabagisme peut aussi modifier les concentrations lipidiques, diminuer la fibrinolyse, augmenter les taux de fibrinogène et modifier les fonctions endothéliales et plaquettaires.

Autant de facteurs de risque d'athérosclérose !





La Fondation MIMI



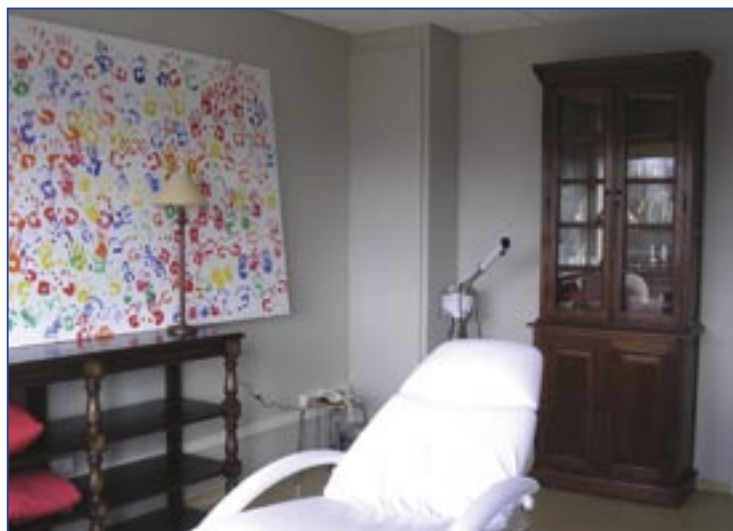
Mme Myriam Ullens de Schooten et Dr Myriam De Bie.

TEMOIGNAGE

Apprendre que l'on est frappé par un cancer est terrifiant. Réussir à gérer sa maladie est très difficile. Tout est remis en question et la vie prend une nouvelle direction. Une opération est toujours délicate et pénible et les traitements sont souvent longs et lourds. Ces bouleversements ont des conséquences physiques souvent mal expliquées et appréhendées mais aussi psychologiques non négligeables et propres à chacun.

J'ai vécu des situations douloureuses qui m'ont été rendues un peu plus « légères » grâce à divers soutiens. Les visites des gens que j'aime, leur présence et leur force m'ont permis d'avancer. Une jolie perruque, les conseils d'un maquilleur et une esthéticienne m'ont fait sentir que j'étais toujours une femme à part entière malgré les passages évidents de la maladie. Un soutien psychologique m'a aidée à accepter

la situation et à rester forte tout au long du combat. La bonne humeur des infirmières et des médecins ainsi que la décoration lumineuse du service d'oncologie m'ont rendu les séances de chimiothérapie moins éprouvantes. Les témoignages de personnes en rémission m'ont prouvé qu'on pouvait gagner et envisager l'avenir avec bonheur et enthousiasme.



Le local esthétique et une consultation.



Tous ces soutiens apportant un grand plus, j'ai décidé de les faire partager à ceux qui n'ont pas la chance d'en bénéficier. J'estime qu'ils font partie intégrante du processus de guérison et qu'un cancer doit être attaqué par tous les fronts, pas uniquement d'un point de vue médical. En comprendre les causes et en accepter les conséquences est déjà un grand pas en avant. Se remettre en question et prendre soin de son corps sont également des pôles importants. En offrant aux patients de telles contributions, nous pouvons augmenter le pourcentage de chance de rémission et c'est pour cette raison que je me permets de faire appel à vous. Je vous remercie d'ores et déjà de votre générosité.

Myriam Ullens de Schooten
Présidente



La consultation du psychologue.

La Fondation MIMI, un phare dans la nuit...

Les Cliniques de l'Europe ont accueilli la Fondation MIMI pour son projet pilote. Myriam Ullens de Schooten en est la présidente et le Dr Myriam De Bie en est le secrétaire.

La Fondation MIMI crée et soutient des projets qui contribuent à améliorer la qualité de vie de patients atteints d'un cancer, au cours de leur traitement de chimio et/ou de radiothérapie. Cette fondation s'attache au bien-être des patients en leur offrant un accompagnement psychologique par un intervenant spécialisé ainsi que des soins esthétiques et capillaires spécifiques. Ces services leur sont offerts gratuitement.

Des locaux ont été spécialement aménagés au sein des 2 Alice afin de veiller au confort des patients. Grâce à la conception et à la décoration soignée et apaisante, les locaux de la Fondation MIMI

se transforment en espace de soins de relaxation où le patient peut se recentrer sur son bien-être physique et moral. Les Cliniques de l'Europe espèrent accueillir bientôt les services de la Fondation MIMI sur le site St-Michel.

Durant le traitement, les malades doivent souvent patienter : attendre que s'écoule leur perfusion de chimiothérapie, attendre que les réglages soient effectués en vue de leur radiothérapie, attendre les résultats... Ces délais d'attente favorisent souvent le développement d'idées négatives, c'est pourquoi des supports culturels ont été mis à disposition des patients afin de leur permettre de se détendre : CD musicaux, DVD, vidéos, livres.

Dans le service de radiothérapie, un coin café a été aménagé dans la salle d'attente. D'autres services (peignoirs, etc.) sont en cours de réalisation afin d'améliorer les consultations de ce service.

La consultation de la spécialiste capillaire.



Tokyo : une cigarette bien onéreuse !



Tolérance zéro dans certains quartiers de Tokyo... Le Japon renforce sa volonté d'interdire la cigarette dans les lieux publics, reflet d'un regard de plus en plus sensibilisé sur les questions de santé.

La cigarette contient en effet plus de quarante substances carcinogènes dont on connaît les répercussions sur le développement des pathologies néoplasiques des poumons et de la gorge. Par ailleurs, fumer est préjudiciable au fumeur... mais aussi à son entourage.

L'arrondissement de Chiyoda à Tokyo compte une des plus importantes concentrations d'entreprises et de bureaux où travaillent des armées d'employés et de fonctionnaires.

Dès le mois d'octobre 2002, le gouvernement municipal de l'arrondissement a promulgué un « arrêté d'environnement de vie » dans l'optique de « protéger les uns de la fumée des autres ». Les lieux de passage les plus importants, à proximité des gares ainsi que les trottoirs empruntés par

les travailleurs en transit vers leur lieu de travail et les étudiants, ont été décrétés « zones non-fumeurs ». De surcroît, pas question d'y jeter son mégot par terre, fumant ou non... Le contrevenant est désormais passible d'une amende pouvant atteindre 20 000 yens (environ 170 euros). « En 1999, le gouvernement municipal a édicté un arrêté défendant aux passants de jeter leur mégot à terre dans le périmètre de l'arrondissement, et a, à ce titre, mené de nombreuses campagnes de publicité sur cette question. Mais il y a des limites sur les capacités de telles campagnes à influencer le comportement social des fumeurs, aussi le décret prévoit-il des amendes » a expliqué un fonctionnaire attaché au Service Environnement de Vie de la Section Travaux Publics et Vie Quotidienne du Gouvernement municipal de l'arrondissement de Chiyoda.

Depuis lors, des patrouilles du Service « Environnement de Vie » quadrillent chaque jour des portions d'arrondissement, et ce même le soir et le week-end.

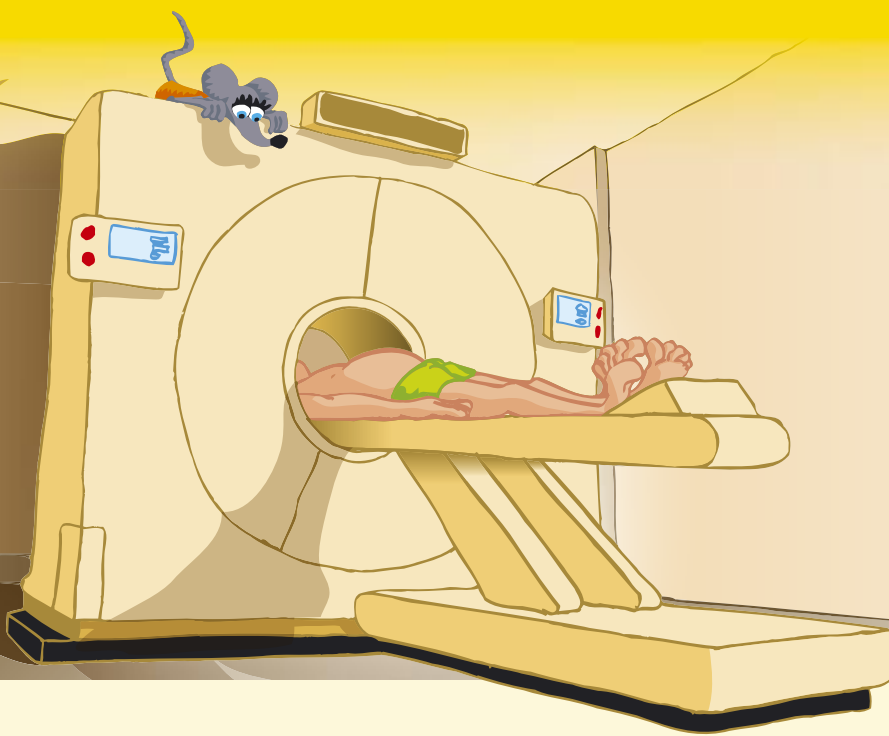
En un an, plus de 2300 fumeurs avaient déjà été pincés en flagrant délit de fumer dans la rue...

Par ailleurs, le Service Environnement a la satisfaction de constater que le nombre de gens jetant leurs mégots sur la voie publique a baissé d'environ 90 % dans les endroits placés sous surveillance !

Un peu partout dans le pays, on prend bonne note de cette nouvelle approche de la problématique tabagique en vigueur dans l'arrondissement de Chiyoda et un nombre croissant de gouvernements locaux songent à promulguer un arrêté similaire.

Ces mesures secouent toute l'opinion publique : un débat sur l'interdiction de la cigarette en public s'est ouvert dans tout le pays !

D'après un article de « NIPPONIA Découvrir le Japon », novembre 2004



Billet d'humeur d'Euménéguyl

Il fallut quelques numéros d'Euroscoop pour oublier mes aventures passées, confortablement installée dans mon nouveau gîte...

Bien sûr, il était agréable de vivre dans une nouvelle clinique nickel mais je regretterai toujours l'ancien temps où les politiques ne s'occupaient que de logements sociaux et laissaient les hôpitaux en paix. L'adage « changement d'étable réjouit le bœuf » (et l'âne en période de Noël) n'était pas de mise pour une rate et je rongai mon frein en attendant de me trouver une petite place sympathique à l'étage -1 à l'abri d'une étrange machine, le Pet-Scan.

Je compris bien vite que, contrairement à l'odeur de soufre qu'il dégageait, l'appellation de Pet-Scan ne désignait en rien un lieu d'aisance comme allaient le démontrer les difficultés futures...

Ma nature curieuse, mon intelligence bien au-dessus de la moyenne (je vis en Radiologie...) me mirent bien vite au courant de l'utilité de cette machine et des problèmes existentiels que sa présence générerait en nos murs.

Je parvins à décrypter les ukases d'un certain De Motte, ne manquant pas d'air et ennemi des Pets(cans), qui remuait ciel et (motte de) terre pour en limiter le nombre. De là à parler de fossoyeur, il n'y avait qu'un pas à franchir...

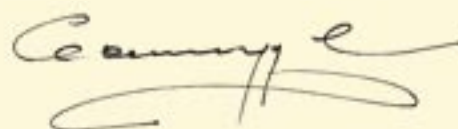
Je vous en parlerai plus tard.

C'est à partir de ce moment-là que, grâce à mon intelligence (je le répète, je vis en Radiologie), je décidai de m'intéresser de plus près à l'utilité et au devenir de la bête.

Tout d'abord, j'aurais du subodorer, depuis le temps que j'y résidais, que cet appareil devait émettre un rayonnement particulier car ma libido atteignit en peu de temps un climax annonciateur d'orage.

Très vite, l'activité de ce Pet-Scan devint débordante. On venait de partout, de l'Etranger, d'autres cliniques, même celles qui possédaient déjà cet instrument ! En effet, c'est en lisant un document glissé sous l'appareil que je lus avec stupéfaction qu'un hôpital qui « débordet » adressait ses malades pour des examens qui n'étaient pas remboursés sur leur propre appareil ! Je pus saisir des bribes de conversation où l'on parlait de Pet-Scan reconnu et non-reconnu, de suppression, de scellés, de pouvoirs spéciaux... Quelle soupe !

L'avenir était une fois de plus incertain et j'attendais avec inquiétude la suite de la saga...



Euménéguyl

Symposium de chirurgie



Plongée dans les mystères de l'épaule, immersion dans le genou et informatique médicale étaient au rendez-vous du service d'orthopédie ce 21 janvier 06 dans le cadre magique du « Nemo 33 ».



- Nous avons eu le plaisir d'explorer la séméiologie élémentaire de l'épaule sous la houlette du docteur Meskens. Shrugging, signe de la trompette, abduction, adduction et rotation... n'ont plus de secret pour nous. Nous avons poursuivi ce voyage en eau claire entre infiltration, acromioplastie et prothèse delta.



- Immersion dans le genou pour investiguer ligaments et ménisques, signe du glaçon et autres tiroirs avec le docteur Natens. L'imagerie en charge, les techniques chirurgicales, le suivi post-opératoire nous sont désormais familiers.

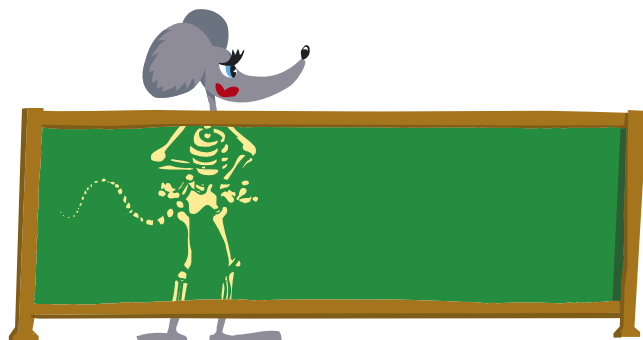
- Peu après, Monsieur Wathélet nous a emmenés sur les flots de l'évolution informatique. E-booking, e-prescription de demain, Medibridge, Medserve, sécurisation et traçabilité des données, intégrité du message furent les maîtres mots de la session.

- Monsieur Delporte, représentant la firme Microsoft, nous a fait voyager dans le monde informatique de demain, illustrant l'évolution des futures techniques de communication qui, assurément, modifieront nos attitudes quotidiennes.

Les nombreux participants ont apprécié la qualité des exposés et des supports techniques et le cadre surprenant du « Nemo 33 » : la piscine la plus profonde du monde offrant 2500 m³ d'eau de source, 14 hublots, trois cloches de plongée, est située à proximité de nos Cliniques.



Ateliers de Radiologie



Le 26 novembre 2005, les radiologues des cliniques de l'Europe ont organisé des ateliers d'imagerie médicale à l'intention des généralistes.

Le principe des ateliers consiste en une brève **présentation pratique** d'un sujet déterminé qui se poursuit par un **échange en petits groupes** et se termine par des **conclusions aisément applicables en pratique quotidienne**.

Ces ateliers sont préparés en étroite collaboration avec des généralistes de la région.

Au cours de cette matinée, ont été abordées les pathologies du genou et de la colonne, l'exploration abdomino-pelvienne, les nouvelles techniques en sénologie et la CT colonoscopie.

Les échanges ont porté tant sur les aspects socio-économiques que sur les recommandations de bonne pratique. Trucs et ficelles n'ont pas été oubliés !

Autant de moments choisis pour faire le point sur toutes ces techniques d'imagerie en perpétuelle évolution. Mission accomplie « avec brio » et correspondant parfaitement à nos attentes !

Le walking-diner clôturant cette agréable matinée nous a offert l'opportunité de faire plus ample connaissance avec tous les membres de l'équipe. Le CD reprenant les thèmes abordés lors de ces ateliers a également été fort apprécié.

La formule des ateliers est probablement un des moyens les plus dynamiques de se former et de communiquer un maximum d'informations en un minimum de temps !

Dr Humbert de Meester
Médecine générale

DU NOUVEAU POUR VOS VACANCES 2006 !



EN EXCLUSIVITÉ pour les collaborateurs médicaux et le personnel des Cliniques de l'Europe :

DES RISTOURNES JUSQU'À 10%

DES CONDITIONS SPÉCIALES sur les prix des principaux organisateurs de vacances :

Club Med, Jet Air, Besttours, Bosphorus, Neptun Croisiers, Cap Sud, Luxair, Terre d'Afrique, etc...

Un exemple concret :

Croisière de 8 jours en Méditerranée occidentale du 3 au 11 avril : **Sicile, Tunisie, Iles Baléares, Espagne, France au départ de Bruxelles à partir de 795€ - 10%**



Chaussée de la Hulpe 21, 1180 BRUXELLES
tel : 02.375.31.80 Fax : 02.375.48.15
E-mail : tours33@skynet.be



11^{èmes} ATELIERS DE CARDIOLOGIE du 18 mars 2006

Samedi ensoleillé pour une « journée cardio » passionnante : thèmes variés, orateurs enthousiastes et participation remarquée du public lors du show de la soirée...
Merci à toutes et tous !

- 1. Dr Jean-Paul Melchior
- 2. Dr Bernard Deruyter
- 3. Dr Filip De Man et Dr Taniyel Dikranian
- 4. Le groupe de garde AUBOI
- 5. Le groupe de garde Bruxelles-Sud
- 6. « Standing Ovation »



Une invitation audacieuse du service de revalidation cardiaque de St-Michel



Récemment, le service de revalidation cardiaque de St-Michel a proposé aux patients de participer à une séance d'information répartie en cinq ateliers.

L'atelier diététique de Madame Morkiewitz a permis aux participants d'appréhender les rudiments d'une cuisine équilibrée et adaptée à la vie de tous les jours (Photo 1).

Un second atelier interactif sur l'arrêt du tabac, conduit par le docteur Nys, a aidé les patients à mieux comprendre les mécanismes de dépendance à la cigarette.

Madame Brancart, psychologue, a animé une séance de relaxation cardiaque.



Au cours d'un 4^{ème} atelier, le docteur Chogari a exposé la mise en place d'un pace maker.

Le 5^{ème} atelier a accueilli le docteur Vandergoten (Photo 2) simulant une coronarographie suivie d'une dilatation coronaire.

Un franc succès, à la mesure de l'originalité de la démarche : une centaine de participants se sont rendus à cette invitation. Gageons qu'à l'avenir les patients présenteront moins de craintes face aux techniques de cardiologie invasives, expliquées avec soin !

La participation de l'équipe de kiné, essentielle à la réalisation de cette animation, a également été très remarquée.

Bravo encore pour cette initiative !

**DANS LE PROCHAIN
NUMERO**

L'OBÉSITÉ



Libérés du tabac !

Prix public :

150 mg x 30 compr. : € 42,20

150 mg x 100 compr. : € 97,64

DENOMINATION DU MEDICAMENT : ZYBAN 150 mg (725 IS 333 F3), comprimés pelliculés à libération prolongée. Comprimés blancs, pelliculés, biconvexes et ronds, portant l'inscription « GX CH7 » sur une face et rien sur l'autre. Chaque comprimé contient 150 mg de chlorhydrate de bupropion.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES : ZYBAN est indiqué comme aide au sevrage tabagique accompagné d'un soutien de la motivation à l'arrêt du tabac chez les patients présentant une dépendance à la nicotine.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION : ZYBAN doit être utilisé en accord avec les recommandations concernant le sevrage tabagique. Le prescripteur devra évaluer la motivation du patient à s'arrêter de fumer. Les traitements d'aide au sevrage tabagique ont plus de chances de réussir chez les patients motivés pour s'arrêter de fumer et qui bénéficient d'un soutien de la motivation. Les comprimés de ZYBAN doivent être avalés entiers sans être croqués, écrasés, ni mâchés.

La durée du traitement est de 7 à 9 semaines. Bien que la survenue d'un syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement paraisse improbable, une décroissance posologique progressive peut être envisagée. En l'absence d'efficacité à la septième semaine, il n'y a pas lieu de poursuivre le traitement par ZYBAN.

UTILISATION CHEZ L'ADULTE

Il est recommandé de débiter le traitement avant l'arrêt effectif du tabac et de décider d'une date précise d'arrêt au cours des deux premières semaines de traitement par ZYBAN (de préférence au cours de la deuxième semaine). La posologie initiale est de 150 mg par jour pendant les six premiers jours, puis de 300 mg/jour en 2 prises quotidiennes espacées d'au moins 8 heures à partir du 7ème jour. La posologie maximale est de 150 mg par prise, et de 300 mg par jour. Elle ne doit en aucun cas être dépassée. L'insomnie est un effet indésirable très fréquent qui peut être réduit en évitant de prendre ZYBAN à l'heure du coucher (à condition de respecter un intervalle d'au moins 8 heures entre les prises).

UTILISATION CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT :

L'utilisation de ZYBAN chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans n'est pas recommandée, en l'absence de données de tolérance et d'efficacité chez ces patients.

UTILISATION CHEZ LE PATIENT AGÉ :

ZYBAN doit être utilisé avec prudence chez le sujet âgé, en raison d'une possible sensibilité individuelle accrue. La posologie recommandée chez le sujet âgé est de 150 mg par jour en une prise.

UTILISATION CHEZ L'INSUFFISANT HEPATIQUE : ZYBAN doit être utilisé avec prudence chez les patients présentant une altération de la fonction hépatique. Compte tenu d'une variabilité plus élevée des paramètres pharmacocinétiques chez ces patients, la posologie recommandée en cas d'insuffisance hépatique légère à modérée est de 150 mg par jour en une prise.

UTILISATION CHEZ L'INSUFFISANT RENAL : ZYBAN doit être utilisé avec prudence chez les patients présentant une insuffisance rénale. La posologie recommandée chez ces patients est de 150 mg par jour en une prise.

CONTRE-INDICATIONS

ZYBAN est contre-indiqué chez les patients ayant une hypersensibilité au bupropion ou à l'un des excipients. ZYBAN est contre-indiqué chez les patients présentant un trouble convulsif évolutif ou présentant un quelconque antécédent convulsif. ZYBAN est contre-indiqué chez les patients présentant une tumeur du système nerveux central (SNC) connue. ZYBAN est contre-indiqué chez les patients qui à un moment quelconque du traitement, entament ou poursuivent un sevrage alcoolique ou un sevrage en tout autre médicament dont l'arrêt entraîne un risque de convulsions (en particulier les benzodiazépines et produits apparentés). ZYBAN est contre-indiqué chez les patients présentant ou ayant présenté une boulimie ou une anorexie mentale diagnostiquées. L'utilisation

de ZYBAN est contre-indiquée chez les patients présentant une cirrose hépatique sévère. L'association de ZYBAN aux inhibiteurs de la monoamine-oxydase (MAO) est contre-indiquée. Un intervalle d'au moins 2 semaines doit être respecté entre l'arrêt des MAO

non sélectifs et le début du traitement par ZYBAN. Pour les MAO sélectifs un intervalle de 24 heures est suffisant. ZYBAN est contre-indiqué chez les patients ayant des antécédents de trouble bipolaire chez lesquels il pourrait entraîner un épisode maniaque durant la phase dépressive de leur maladie. ZYBAN ne doit pas être administré à des patients déjà traités avec un autre médicament contenant du bupropion car l'incidence des convulsions est dose-dépendante.

EFFETS INDESIRABLES : La liste ci-dessous apporte des informations sur les effets indésirables identifiés au cours des essais cliniques, classés par catégorie de système d'organe et par incidence. Il est important de noter que le sevrage tabagique est fréquemment associé à des symptômes de sevrage en nicotine (ex : agitation, insomnie, tremblements, sueurs), dont certains sont également identifiés comme des événements

indésirables associés à ZYBAN. La

classification des effets indésirables selon leur fréquence utilise la convention suivante : très fréquents (>1/10), fréquents (>1/100, <1/10), peu fréquents (>1/1 000, <1/100), rares (>1/10 000, <1/1 000).

Appareil cardio-vasculaire : Peu fréquents : Tachycardie, élévation de la pression artérielle (parfois sévère), bouffées vaso-motrices. Rares : Vasodilatation, hypotension orthostatique, syncope, palpitations. SNC - Très fréquents : insomnie (cf. Posologie et mode d'administration) Fréquents :

Tremblements, troubles de la concentration, céphalées, sensations vertigineuses, dépression, agitation, anxiété. Peu fréquents :

Confusion - Rares : Crises convulsives (voir ci-dessous), irritabilité, agressivité, hallucinations, dépersonnalisation, dystonie, ataxie, syndrome parkinsonien, contractions musculaires spasmodiques, troubles de la coordination, rêves anormaux incluant des cauchemars, diminution de la mémoire, paresthésie. Système endocrinien et métabolisme - Peu fréquents :

Anorexie. - Rares : Modifications de la glycémie. Système gastro-intestinal - Fréquents : Sécheresse de la bouche, troubles digestifs incluant nausées et vomissements, douleur abdominale, constipation. Etat général - Fréquents :

Fatigue - Peu fréquents : Douleur thoracique, asthénie. Système glomérulaire - Rares : Fréquence et/ou rétention urinaire. Système hépato-biliaire - Rares : Elevation des enzymes hépatiques, ictere, hépatite. Peau/Hypersensibilité - Fréquents : Eruption cutanée, prurit, sueurs. Réactions d'hypersensibilité telles que urticaire. - Rares : Réactions d'hypersensibilité plus sévères incluant œdème de Quincke, dyspnée/bronchospasme et choc anaphylactique. Arthralgies, myalgies et fièvre ont été également rapportées en association avec des éruptions cutanées et d'autres symptômes évocateurs d'une hypersensibilité retardée. Ces symptômes peuvent ressembler à ceux d'une maladie sérique. Des cas d'érythème multiforme et de syndrome de Stevens-Johnson ont également été rapportés. Exacerbation d'un psoriasis. Organes sensoriels - Fréquents : Troubles du goût. - Peu fréquents : Acouphènes, troubles visuels. L'incidence des convulsions est d'environ 0,1 % (1/1000). Ces crises sont principalement généralisées de type tonico-clonique pouvant, dans certains cas, entraîner une confusion post-critique ou une amnésie; TITULAIRE DE L'AUTORISATION

DE MISE SUR LE MARCHE: GlaxoSmithKline s.a./n.v. - Rue du Tilleul, 13 - B-1332 Genval STATUT LÉGAL DE DELIVRANCE : Médicament soumis à prescription médicale. DATE DE DERNIERE MISE A JOUR DU TEXTE : 24/1/2005 (CP17).

ZYBAN®
bupropion HCl sustained-release
tablets 150 mg

2005RESP038



GlaxoSmithKline

Le pouvoir de libérer les fumeurs